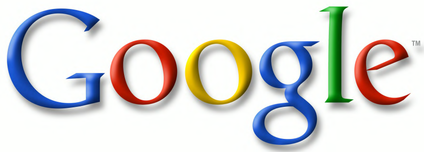






LEÇONS

SUR LES

HERNIES ABDOMINALES

Paris.— Imprimerie de E. MARTINET, rue Mignon, 2.

LEÇONS

SUR LES

HERNIES ABDOMINALES

FAITES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PAR

LE PROFESSEUR L. GOSSELIN

RECUEILLIES, RÉDIGÉES ET PUBLIÉES

Par le Dr Léon LABBÉ

Agrégé à la Faculté de médecine de Paris, Chirurgien du Bureau central des hôpitaux, Membre de la Société anatomique

REVUES PAR LE PROFESSEUR

AVEC FIGURES





PARIS

ADRIEN DELAHAYE, LIBRAIRE-ÉDITEUR

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1865

Ka



AVANT-PROPOS

Depuis longtemps je donne, dans mes cours, une description des hernies différente en beaucoup de points de celle des auteurs.

Les recherches anatomiques avaient sur ce sujet, comme sur bien d'autres, un peu éloigné les esprits de l'observation clinique.

Les études minutieuses de Scarpa sur les rapports des vaisseaux avec le pédicule des hernies, celles de Dupuytren sur l'étranglement par le collet, celles de Thomson sur les fascia, avaient trop exclusivement occupé les chirurgiens depuis le commencement de notre siècle.

On ne s'enquérait plus assez des véritables inconvénients des hernies réductibles, on croyait, sans y regarder beaucoup, à l'efficacité habituelle de leur contention par les bandages. Dans l'appré-

ciation des accidents herniaires, on ne prenait pas soin de bien distinguer ceux qui appartenaient à l'épiplocèle, de ceux qui étaient propres à l'entérocèle, on restait dans l'incertitude sur les caractères cliniques de l'étranglement; on propageait, pour le traitement de cette grave complication, les préceptes les plus contradictoires.

A M. Malgaigne revient l'honneur d'avoir ramené l'attention et la discussion sur divers points essentiellement cliniques. Ses observations sur les variétés de bandages et sur l'insuffisance de ces appareils chez beaucoup de sujets, ses publications sur la péritonite herniaire, ses critiques sur certaines opérations intempestives, ont éveillé la sollicitude des praticiens et ouvert la voie à de nouvelles investigations.

Dès 1846, j'ai suivi les errements de cet éminent chirurgien. J'ai cherché à combler, par l'observation clinique, les lacunes laissées par nos prédécesseurs. J'ai recueilli, pour les comparer à mesure qu'ils s'accumulaient, tous les cas d'étranglement herniaire pour lesquels j'étais appelé à donner des soins. J'ai trouvé dans l'emploi du chloroforme un nouveau moyen d'étude en même temps qu'un nouveau moyen thérapeutique.

J'ai bientôt reconnu que la doctrine du pseudo-étranglement avait fait, parmi les chirurgiens, trop de partisans, et, parmi les malades, quelques

victimes. Reconnaissant cependant que M. Malgaigne avait eu raison de s'élever contre les opérations prématurées et intempestives, je suis arrivé à faire la part de la doctrine nouvelle en lui abandonnant les hernies épiploïques, mais en lui enlevant presque tous les cas d'entérocèle dont elle s'était emparée.

J'ai pu poser ainsi, pour le traitement de la hernie étranglée, et surtout pour le taxis, des règles plus précises que celles dont on s'était contenté jusqu'à présent.

Mes études cliniques, leur combinaison avec celles de nos prédécesseurs et de nos contemporains, quelques recherches anatomiques qui me sont propres sur les conséquences de la transformation du tissu conjonctif en tissu fibreux, ont donné à cette partie de mon cours de pathologie externe une physionomie spéciale.

Frappé de ces innovations, M. Labbé, un de mes auditeurs les plus zélés, m'avait depuis quelques années exprimé le désir de publier mes leçons. Par deux fois, en 1860 et 1862, il avait recueilli celles que je professais dans l'amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris. Il avait également tenu note des exposés cliniques qu'il m'avait entendu faire à l'hôpital Cochin, à Beaujon et à la Pitié.

J'ai pu croire un moment que, passé à son tour

au rang des maîtres, mon ancien élève allait renoncer à son projet. Il a tenu, au contraire, à l'exécuter, et je suis heureux de lui en témoigner publiquement ma reconnaissance. Sa plume est aujourd'hui celle d'une autorité, et mes convictions, par cela même qu'elles sont aussi les siennes, ne pourront que frapper davantage l'attention des chirurgiens.

J'ai encore à remercier M. Labbé d'avoir fondu dans une même rédaction, et les développements pathologiques plus particulièrement donnés dans l'amphithéâtre, et les détails thérapeutiques ou opératoires plus longuement exposés à l'hôpital.

D'ailleurs, l'empressement qu'a mis M. Labbé à me remettre son manuscrit et à accepter tous les changements que je lui ai proposés, le soin qu'il a bien voulu prendre de me laisser tout le temps la parole, m'autorisent à assurer le lecteur que je prends sous ma responsabilité toutes les opinions exposées dans cet ouvrage.

L. GOSSELIN.

Paris, le 1er octobre 1864.

DES

HERNIES ABDOMINALES

On désigne sous le nom de *hernies abdominales* les tumeurs que les organes contenus dans le ventre viennent former sous la peau ou à l'extérieur, en s'échappant à travers des ouvertures naturelles de la paroi abdominale qui s'agrandissent, ou à travers des plaies ou des cicatrices de cette paroi.

De là, trois grandes divisions que nous aurons à étudier successivement : les *hernies sans plaie*, que j'appellerai les *hernies ordinaires*, les *hernies à travers une plaie récente de la paroi abdominale*, et les *hernies à travers une cicatrice*.

PREMIÈRE DIVISION.

HERNIES ORDINAIRES.

Nous appelons ainsi les tumeurs que forment, sous la peau, les viscères sortis à travers les orifices naturels et mieux les points faibles ou peu résistants, que la paroi abdominale présente dans ses couches profondes.

Ces sortes de hernies sont les unes fréquentes (hernies

inguinales, *crurales* et *ombilicales*), les autres rares (hernies *épigastriques*, *ischiatiques*, *obturatrices*).

Désirant appeler tout spécialement l'attention sur la partie pratique de mon sujet, j'entrerai dans de plus longs détails à propos des premières. Mais avant d'aborder chacune d'elles en particulier, je dois, à l'exemple de tous les auteurs modernes, m'occuper d'abord des hernies considérées en général.

TITRE PREMIER.

HERNIES EN GÉNÉRAL.

Quelle que soit la région dans laquelle on l'observe, la hernie abdominale peut se présenter sous deux formes différentes qui conduisent à des indications thérapeutiques très-différentes elles-mêmes.

Tantôt la tumeur qui arrive sous la peau, à la suite des efforts ou des mouvements, peut rentrer facilement dans la cavité péritonéale, soit par le simple décubitus horizontal, soit au moyen de pressions modérées exercées par le malade lui-même avec ses mains.

Tantôt au contraire, la tumeur reste au dehors et ne peut rentrer qu'à l'aide de pressions fortes et prolongées, ou sous l'influence d'une autre intervention chirurgicale.

Dans le premier cas, les hernies sont dites *réductibles*, dans le second, *irréductibles*.

Les unes et les autres et surtout les dernières présentent dans leurs symptômes, leurs accidents et leurs indications thérapeutiques, des différences considérables

suivant qu'elles renferment de l'intestin ou qu'elles n'en renferment pas (1). Nos livres classiques modernes n'ont pas assez fait sentir cette différence, et ont eu surtout le tort, à propos de l'*étranglement* et de tout ce qui s'y rattache, de ne pas assez distinguer ce qui appartient à l'intestin et ce qui appartient à l'épiploon. Désirant mettre en relief cette distinction qui est fondamentale dans la pratique, je ne m'occuperai d'abord que des hernies contenant de l'intestin soit seul, soit accompagné d'épiploon, et ensuite de celles qui sont formées exclusivement par l'épiploon.

Dans ces généralités, je ferai plus particulièrement allusion aux hernies des adultes. Je laisserai pour le moment de côté les différences que l'on observe aux divers âges, parce que les mêmes considérations générales ne pourraient s'appliquer avec fruit soit aux hernies crurales, inguinales ou ombilicales, soit aux hernies insolites. C'est à l'occasion des hernies en particulier, que je signalerai ces différences si utiles dans la pratique et que l'on n'a pas suffisamment distinguées jusqu'à ce jour.

Nous avons donc à étudier dans autant de chapitres,

(1) Je laisse entièrement de côté les hernies formées par le foie et la rate, parce qu'elles constituent des vices de conformation congénitaux qui intéressent plutôt l'anatomiste que le clinicien. Je ne m'occupe pas non plus ici des hernies de l'estomac, de la vessie et de l'ovaire, parce qu'elles sont excessivement rares et qu'il me suffira d'en dire quelques mots à propos des hernies en particulier, telles que celles des régions inguinales et ombilicales, dans lesquelles on a exceptionnellement rencontré ces organes.

les hernies *intestinales et intestino-épiploïques réductibles*, les hernies *intestinales et intestino-épiploïques irréductibles*, les hernies *épiploïques*. Nous parlerons incidemment des hernies *graisseuses*.

CHAPITRE PREMIER.

HERNIES INTESTINALES ET INTESTINO-ÉPIPLOÏQUES RÉDUCTIBLES.

On a donné encore le nom d'*entérocèle* à la hernie formée exclusivement par la sortie de l'intestin et d'*entéro-épiplocèle* à celle qui est formée par la sortie simultanée de l'intestin et de l'épiploon. Il n'y a aucun motif pour préférer ces dénominations à celles que nous avons mises en tête de ce chapitre.

Nous examinerons successivement les caractères anatomiques, l'étiologie, les symptômes, le pronostic et le traitement.

§ 1er. — Caractères anatomiques.

Il faut les étudier avec soin, non-seulement pour comprendre ce qui est relatif aux hernies réductibles, mais aussi pour préparer l'étude des hernies irréductibles et surtout celle de l'étranglement. Ne perdons pas de vue que, pour se rapprocher de la peau, les viscères ont à franchir la paroi abdominale, en forçant la résistance insuffisante de certains points de cette paroi et en poussant devant eux le péritoine pariétal qui continuera de les envelopper. Nous allons examiner successivement la situation de la hernie, son volume et sa forme, le trajet

qu'elle a parcouru dans l'épaisseur de la paroi abdominale, ses enveloppes, et enfin les parties contenues.

1° *Situation.* — Sous ce nom, je ne veux pas m'occuper ici de la position de la hernie dans telle ou telle des régions que nous fait connaître l'anatomie chirurgicale, et sur lesquelles tout le monde s'entend assez pour qu'il ne soit pas nécessaire d'entrer ici dans des détails qui trouveront leur place plus loin. Je désire seulement rappeler que les viscères une fois sortis de l'enceinte abdominale peuvent arriver d'emblée sous la peau, en franchissant de suite toute l'épaisseur de la paroi abdominale. C'est ainsi, par exemple, que les choses se passent pour la plupart des hernies ombilicales. D'autres fois, au contraire, les viscères restent dans l'épaisseur de la paroi, après avoir franchi seulement un point affaibli de sa partie profonde. C'est ce qui arrive lorsqu'une petite anse intestinale ou une anse incomplète franchit l'orifice profond ou supérieur du canal inguinal, sans arriver jusqu'à l'orifice superficiel ou inférieur. Dans le premier cas, on dit que la hernie est *complète*, et dans le second, qu'elle est *incomplète*, et cette dernière présente elle-même deux variétés, suivant que les viscères sont restés au voisinage de la partie profonde de la paroi abdominale, ou qu'ils s'en sont notablement éloignés. Dans l'une, on a seulement ce que M. Malgaigne a appelé la *pointe de hernie*, dans l'autre, la hernie est *interstitielle* ou *intra-pariétale*. Quoique ces variétés se rencontrent principalement dans la hernie inguinale, nous verrons qu'on les observe aussi dans la hernie crurale.

2° *Volume et forme.* — Les hernies incomplètes sont les moins volumineuses, et parmi elles, celles qui, ne faisant que commencer, sont à l'état de pointe, sont nécessairement les plus petites. Quant aux hernies qui sont arrivées dans les couches sous-cutanées après avoir franchi toutes les couches profondes de la paroi abdominale, elles sont d'un volume excessivement variable, grosses, par exemple, comme un marron, un œuf de poule, un œuf de dinde, le poing, la tête d'un fœtus de six, huit et neuf mois, et même plus encore. En clinique, nous indiquons ces différences par les mots de *petite*, *moyenne* et *grosse* hernie, et nous avons à regretter, surtout au point de vue de la thérapeutique de l'étranglement herniaire, de n'avoir pas à notre disposition des termes plus précis et indiquant mieux la ligne de démarcation entre ces trois variétés.

La tumeur peut se montrer sous des formes diverses. Elle est arrondie, allongée, cylindrique, souvent piriforme. Lorsqu'elle a atteint un volume notable, on peut la diviser en deux parties principales : le corps de la hernie que l'on sent sous la peau immédiatement, et le pédicule qui fait directement suite aux viscères restés dans la cavité abdominale, ce dernier est en rapport immédiat avec l'orifice par lequel se sont échappées les parties herniées.

3° *Trajet parcouru par les viscères dans l'épaisseur de la paroi abdominale.* — *A.* Supposons d'abord que la hernie soit complète, c'est-à-dire sous-jacente à la peau. Il peut se faire que, pour arriver dans ce point, la hernie ait glissé obliquement dans l'épaisseur de la paroi

abdominale. Après avoir franchi un premier point peu résistant de sa couche profonde, elle traverse un espace peu résistant également situé dans son épaisseur, et enfin un troisième point faible placé au niveau de ses couches superficielles.

La hernie inguino-scrotale est le type de cette variété. Quoique, dans l'état normal, avant toute dissection, il n'y ait aucun vide au niveau des points faibles de la paroi abdominale, et qu'ils soient remplis par du tissu cellulaire ou conjonctif lâche, notre langage anatomique a cependant consacré l'usage des mots *canal* et *orifice*, et nous disons qu'en pareil cas la hernie a traversé un *orifice supérieur* ou *profond*, un *canal* et un *orifice inférieur* ou *superficiel*. En effet, quand la hernie est formée, si l'on enlève, par la pensée ou en réalité, les viscères qui la composent et le péritoine formant le sac, on a un canal réel avec deux ouvertures. Lorsque le trajet présente cette disposition, il n'est pas ordinaire que tous les points qui le constituent aient subi la même ampliation ; en général, la résistance a été un peu plus grande au niveau des ouvertures qu'au niveau du canal, parce que les tissus qui circonscrivent les premières, sont plus rigides que le tissu cellulaire contenu dans le second. Il y a donc certains points des trajets plus étroits que les autres ; ces points correspondent aux ouvertures dites naturelles de la paroi abdominale, et c'est à leur niveau que s'organisent, dans le péritoine formant le sac, les rétrécissements qu'on appelle *collets*.

Mais le tissu qui forme à l'état normal ces ouvertures, éprouve-t-il, par suite de l'existence d'une hernie an-

cienne, quelques modifications dans sa texture, dans ses caractères physiques? Oui, presque toujours, et voici comment. Celles des ouvertures qui sont exclusivement formées de tissu fibreux, comme l'anneau inguinal externe, conservent les apparences du tissu fibreux et ne se transforment pas en un autre tissu, mais elles perdent presque toujours de leur rigidité et de l'inextensibilité qui caractérise le tissu fibreux normal, et elles se laissent dilater de plus en plus par les viscères que repoussent contre elles les efforts de chaque jour. M. Cruveilhier a bien signalé, dans son *Anatomie pathologique*, cette modification particulière du tissu fibreux, qui le rend impropre à devenir un agent d'étranglement, et j'ai eu moi-même l'occasion de la constater fréquemment sur le cadavre et sur le vivant.

Celles des ouvertures de la paroi abdominale qui, circonscrites par du tissu cellulaire peu ou point mélangé de tissu fibreux, comme l'orifice supérieur du canal inguinal et comme ceux du fascia crebriformis à travers lesquels passe la hernie-crurale, conservent quelquefois leurs caractères normaux, c'est-à-dire la souplesse et l'extensibilité. Elles peuvent même, en vertu de ces caractères, avoir cédé beaucoup et s'être considérablement dilatées, en laissant autour de la hernie un tissu souple et extensible. Mais souvent une modification remarquable s'est opérée. Le tissu cellulaire ou cellulo-fibreux qui les circonscrit à l'état normal, s'est transformé en tissu fibreux, lequel a, comme on le sait, la même composition histologique, mais a d'autres caractères physiques, et surtout est doué d'inextensibilité. Le

contour de l'ouverture devient alors résistant, ne se prête plus à une ampliation nouvelle, et peut, à un moment donné, devenir un agent d'étranglement. Nous verrons que c'est là tout le secret, non dévoilé jusqu'à présent, de l'anneau fibreux de la hernie crurale qui a tant embarrassé les anatomistes.

D'autres fois la hernie, quoique complète, n'a traversé ou ne semble avoir traversé qu'une ouverture, et non plus un canal et deux ouvertures. Cet état de choses se rencontre dans les trois circonstances suivantes: 1° lorsque la hernie s'échappe à travers un point faible de la paroi où il ne se trouve pas de canal, comme l'ombilic chez la plupart des sujets; 2° lorsqu'elle s'échappe à travers un canal si court, que les deux orifices se confondent en un seul par suite de l'effacement du moins résistant des deux, ou du rapprochement que les efforts ont déterminé entre eux; 3° lorsque deux orifices primitivement éloignés se sont, avec le temps, progressivement approchés et confondus sous cette même influence des efforts successifs signalée tout à l'heure.

Il résulte de ce qui précède que la hernie sous-cutanée ou complète, tantôt passe à travers un canal et deux ouvertures plus ou moins résistantes de la paroi abdominale et présente ainsi deux parties plus étroites ou collets, tantôt franchit une seule ouverture et n'a qu'un seul collet qu'on appelle aussi le pédicule de la hernie.

B. Supposons maintenant que la hernie soit incomplète. Elle reste alors dans l'épaisseur de la paroi abdominale, franchit une seule ouverture et n'a qu'un seul collet ou partie rétrécie. Il est bon d'ajouter que parfois,

dans ce cas comme dans les précédents, l'orifice s'est tellement dilaté, que la hernie ne présente pas un volume différent au niveau de cet orifice et dans le trajet interstitiel situé au-dessous. Cette disposition est plus rare que celle dans laquelle on trouve le rétrécissement indiqué par le mot *collet*, et expliqué par la résistance un peu plus grande des tissus au niveau des ouvertures de la paroi abdominale que dans les autres points. L'usage a consacré un autre mot, celui de *pédicule*, pour désigner cette partie profonde non rétrécie de la hernie qui se trouve à la jonction de la cavité et de la paroi abdominales, et l'on comprend que, dans bien des cas, ceux où le resserrement existe, les mots *pédicule* et *collet* soient employés par indiquer une seule et même chose.

4° *Enveloppes de la hernie, parties contenantes.* — Ces enveloppes sont constituées par une série de couches, savoir : la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, et une ou plusieurs lames aponévrotiques. Elles présentent une épaisseur très-variable suivant l'embonpoint des sujets.

Quelques anatomistes ont cherché à préciser le nombre des couches celluleuses et aponévrotiques qui, dans chaque hernie, précèdent son enveloppe immédiate ou le *sac*. A l'avance, on peut dire que ces notions fournies par l'anatomie normale ne s'appliquent nullement à l'anatomie pathologique. La pression modifie profondément le nombre des couches et leur structure. Il se produit ou bien des amincissements ou bien des épaississements. A priori, on comprendrait plutôt l'amincissement, mais l'expérience démontre que l'épaississement n'est pas moins fréquent.

En réalité, il n'y a pas à déduire pour la hernie, surtout quand elle est étranglée, de notions précises de la connaissance des couches à l'état normal.

Quelquefois, entre ces couches, se sont formés des kystes accidentels dont la connaissance est importante, parce que pendant une opération ils pourraient devenir la cause de fâcheuses méprises. Le kyste ouvert, en effet, on peut croire être parvenu dans la cavité du sac, et faire des tentatives de taxis au moins intempestives et parfois fort dangereuses, car on est exposé à faire la réduction en masse.

Parfois aussi, parmi les couches qui enveloppent la hernie, on trouve au voisinage du sac des amas de graisse assez considérables que l'on ne rencontre pas dans la région à l'état normal. Ces amas graisseux peuvent être dus à une sorte d'hypertrophie de la graisse normale de la région, mais très-souvent ce n'est autre chose, comme nous le dirons plus loin, que de la graisse sous-péritonéale qui s'est échappée par les ouvertures en précédant le sac.

Au delà des couches graisseuses, on trouve cette enveloppe particulière et immédiate formée par le péritoine pariétal qu'on appelle le *sac* (sac péritonéal, sac herniaire). Cette enveloppe n'était pas connue des anciens anatomistes qui croyaient que le péritoine se déchirait pour laisser passer l'intestin. Quoique A. Paré ait dit que les viscères sortaient soit en dilatant, soit en déchirant le péritoine, le sac herniaire n'est connu et décrit que depuis les travaux des chirurgiens du XVIIIe siècle et notamment ceux de J. L. Petit, Pott, Richter,

Arnaud et Ledran, etc. Ces auteurs, et, depuis eux, Scarpa, Dupuytren, ont parfaitement établi que le péritoine ne se déchire pas, mais descend, s'allonge pour constituer l'enveloppe immédiate de la hernie.

Nous nous occuperons d'abord des caractères habituels que présente le sac herniaire, ensuite nous ferons l'histoire des sacs insolites.

A. *Caractères anatomiques habituels du sac herniaire.* — Quand la hernie est à l'état de pointe, la portion de péritoine (sac) qui l'entoure, offre simplement un fond et une large base communiquant avec le péritoine.

Plus tard, surtout lorsque la hernie est devenue sous-cutanée, le péritoine, en s'avançant graduellement, a formé une poche rétrécie au niveau des ouvertures ou orifices de la paroi abdominale, et élargie dans les autres points; alors le sac est le plus souvent piriforme, sa petite extrémité est tournée vers la cavité abdominale, et on lui distingue deux parties, le *corps* et le *collet*.

a. Corps. — Le corps du sac, à sa surface externe, est quelquefois revêtu par une couche de graisse plus ou moins abondante, suivant les sujets et suivant les régions. Cette graisse se trouvait, avant la migration du péritoine, dans le tissu cellulaire sous-jacent à cette membrane, et a été entraînée avec elle. Le sac est en rapport par l'intermédiaire de ce tissu adipeux avec les couches celluleuses et aponévrotiques que la séreuse a rencontrées chemin faisant et avec lesquelles elle est venue se mettre en contact. Ce rapport est habituellement assez intime pour que, dans les dissections sur le cadavre et dans les

opérations sur le vivant, on ne puisse séparer le sac des couches qui l'environnent qu'avec le doigt et le scalpel, c'est-à-dire en déchirant et coupant le tissu conjonctif qui unit ces parties entre elles. Sur certains sujets, l'isolement du sac s'opère difficilement à cause des adhérences; sur d'autres, il est beaucoup plus facile. J'ai pu, dans deux opérations récentes, séparer assez aisément le sac des couches extérieures en me servant seulement du doigt. Il n'en est pas moins vrai que dans la plupart des cas cette séparation demande un certain effort, aussi la rentrée du sac avec l'intestin doit être pendant la vie chose rare et difficile. Je comprends, à cause de cela, les doutes qui se sont élevés à l'époque où Arnaud et Ledran ont cité les premiers faits de réduction en masse, à la suite d'étranglement, et les objections qui ont été faites à ce sujet par Louis (*Mém. de l'Acad. de chir.*, t. IV, in-4°). Aujourd'hui, les faits de ce genre ne sauraient être niés, mais l'anatomie pathologique autorise à penser qu'ils doivent être exceptionnels. A plus forte raison, doit-on admettre que la rentrée du sac en même temps que celle de l'intestin, dans une hernie réductible, n'est pas habituelle. Peut-être cette rentrée peut-elle avoir lieu dans les hernies toutes récentes, mais je ne connais pas de faits anatomiques qui en aient donné une démonstration positive.

La face interne du sac est lisse, rappelle tout à fait la surface libre des membranes séreuses, et, à l'état normal, ne présente pas d'adhérences avec l'intestin.

b. Collet. — Le collet est la partie la plus étroite

sac. S'il est unique, il existe au niveau des anneaux de la paroi abdominale, dans le point où nous avons dit que se trouvait le pédicule ou la partie la plus étroite de la hernie. Le péritoine ne peut se dilater à ce niveau autant que dans les autres points; sa surface se resserre pour s'approprier à l'espace qu'il occupe, et c'est ce qui donne naissance au collet. Habituellement peu prononcé, quand la hernie est au premier degré (pointe), le collet n'est bien accusé que lorsque celle-ci passe au deuxième (hernie interstitielle) ou au troisième (hernie sous-cutanée). Il n'y a qu'un seul collet, si la hernie n'a traversé qu'une seule ouverture ou, ce qui revient au même, deux ouvertures réunies en une seule. Il y en a deux, lorsqu'elle a traversé deux orifices restés distincts et distants. Un plus grand nombre de collets peut exister: supposons une hernie ayant traversé une seule ouverture fibreuse, résistante, un collet s'est formé dans ce point. Plus tard, sous l'influence d'efforts, le pourtour du collet a perdu ses rapports avec l'ouverture fibreuse, et est descendu plus bas; alors une nouvelle portion de péritoine se trouve mise au contact de l'anneau de la paroi abdominale, un nouveau collet se forme. On conçoit qu'un troisième collet puisse encore se produire d'après le même mécanisme.

Le collet du sac est, en effet, en rapport avec les contours fibreux ou cellulo-fibreux des orifices abdominaux, et ce rapport a lieu, comme celui du corps et du fond du sac, par l'intermédiaire d'un tissu cellulaire, tantôt assez rigide pour maintenir ces parties étroitement en contact, tantôt et plus rarement, assez lâche pour leur

permettre de s'abandonner, comme cela a lieu dans les cas de réduction en masse.

Le collet du sac a de plus des rapports avec de gros vaisseaux, tels que l'artère et la veine crurale, ou bien avec des vaisseaux de second ordre, tels que l'artère obturatrice, l'artère épigastrique. L'étude de ces rapports, en vue d'éviter l'hémorrhagie dans la herniotomie, a beaucoup préoccupé Scarpa et les anatomistes modernes; mais je dirai, en parlant du débridement de la hernie crurale et de la hernie inguinale, que l'on est tombé à cet égard dans de grandes exagérations, et que, s'il est sage de ne pas trop diriger le bistouri du côté des gros troncs de l'aine, il ne faut pas, d'un autre côté, s'inquiéter beaucoup des artères de second ordre. On a entretenu ainsi dans l'esprit des chirurgiens un peu timorés des craintes chimériques d'hémorrhagie, qui n'ont que trop favorisé la temporisation à laquelle on s'est laissé trop souvent aller dans le traitement de l'étranglement herniaire.

c. Structure du collet. — La structure séreuse du collet du sac peut persister longtemps, et par conséquent celui-ci conserve alors toute l'extensibilité qui a été dévolue aux membranes séreuses. Mais bien souvent, lorsque la hernie a existé pendant plusieurs années, le tissu du collet s'est modifié d'une façon remarquable. Tantôt il est devenu plus épais, plus dur, et beaucoup moins extensible, tantôt il a complétement perdu son extensibilité, sans devenir pour cela plus épais. J'ai publié un exemple de ce genre d'altération dans les *Annales de la chirurgie française et étrangère*

(t. XIV, 1845, p. 169). Au mois de janvier 1863, je montrais aux élèves de l'hôpital de la Pitié le sac herniaire d'un homme, qui était entré dans mon service avec une hernie inguinale droite étranglée réduite en masse, et qui avait succombé à la suite de l'opération. Il y avait eu chez lui, comme l'ensemble de l'observation n'en avait laissé aucun doute, étranglement de l'intestin par le collet du sac. Or ce collet n'était nullement épaissi, sa consistance même était à peine augmentée; seulement, tandis qu'en soumettant les autres portions du sac à des tractions, on les voyait prêter et s'allonger, on ne parvenait en aucune façon, par les tractions analogues, à étendre le tissu qui formait le collet. Celui-ci avait donc perdu son extensibilité.

Dans les cas de ce genre, on peut admettre que le tissu séreux s'est transformé en tissu fibreux, ou, si l'on ne trouvait pas qu'il fût assez dense et assez blanc pour mériter ce nom, on accorderait au moins que le collet du sac, d'extensible qu'il était primitivement, est devenu inextensible.

M. Demeaux, qui a publié en 1842, dans les *Annales de la chirurgie française et étrangère* (t. V), un bon travail sur l'évolution du sac herniaire, a signalé une vascularisation abondante à la surface externe du collet du sac, et a admis la transformation de la séreuse péritonéale en tissu dartoïque, au niveau de ce collet. Je n'ai pas constaté cette transformation, et j'admets avec M. Roustan (*Journal de chirurgie de Malgaigne*, t. Ier p. 298), que l'opinion de M. Demeaux sur ce point n'est pas exacte.

Avec cette modification remarquable dans la texture, le collet du sac a presque toujours subi une modification non moins importante dans son calibre. Il s'est notablement resserré, au point de ne plus laisser passer le même volume de viscères que dans le principe. Le resserrement a pu même aller, dans quelques cas cités par M. Demeaux (*loc. cit.*), jusqu'à l'oblitération complète.

On comprend les conséquences pratiques de ces transformations. La perte de l'extensibilité et le rétrécissement du collet expliquent d'une part la difficulté plus grande de sortie des viscères, et d'autre part l'étranglement par le collet. L'oblitération explique les guérisons spontanées. Nous aurons à revenir sur ces deux points.

On ne s'est pas borné à constater les faits qui précèdent, on a cherché aussi à les expliquer. Pour ce qui est de la modification de tissu, Arnaud et Scarpa l'avaient attribuée à une inflammation, sans trop s'étendre sur le mécanisme de sa production. M. J. Cloquet dans sa thèse de 1817, a le premier avancé une explication appuyée sur les données de l'anatomie et de la physiologie pathologiques. Il a fait observer d'abord qu'à l'époque où la hernie est récente, le sac forme au niveau du collet des plis antéro-postérieurs, parce que la résistance de l'ouverture abdominale ne lui permet pas de s'étendre en ce point dans les mêmes proportions qu'au niveau du corps et du fond. Selon ce chirurgien, au bout d'un certain temps les plis disparaissent, et l'on trouve à leur place une surface uniforme tantôt

plus épaisse, tantôt aussi mince qu'à l'état normal. Il admet avec raison que l'espace intermédiaire à chacun des plis s'est peu à peu comblé par la production, à la suite d'une légère inflammation adhésive, d'une lymphe plastique qui a fait adhérer les plis entre eux et s'est transformée en tissu cicatriciel. Il a donné le nom de *stigmates*, à chacune des cicatrices antéro-postérieures ainsi formées. Mais quand on dissèque un sac herniaire, il ne faut pas s'attendre à trouver ces stigmates parfaitement distincts des plis primitifs entre lesquels ils se sont formés. Pour mon compte, je n'ai jamais rencontré qu'une surface uniforme, sans ligne de démarcation appréciable entre le tissu ancien et le tissu nouveau qui se trouvent intimement confondus. M. Demeaux admet un mécanisme analogue, c'est-à-dire, la formation d'un tissu accidentel aux dépens de la lymphe plastique exsudée, seulement il croit à tort, comme je l'ai dit tout à l'heure, que ce tissu accidentel devient dartoïque.

Resterait à savoir quelle est la cause qui amène la phlegmasie, point de départ de la transformation, ou plutôt quelles sont les conditions qui la favorisent. La principale est, sans contredit, la rentrée habituelle ou la sortie très-rare des viscères herniés. Car si ceux-ci étaient continuellement dehors ou sortaient à tous moments, les plis antéro-postérieurs s'effaceraient sans doute par la distension, et l'exsudat plastique serait entraîné avant d'avoir eu le temps d'achever son organisation. Les petites hernies qui, à cause de leur volume même et en dehors de l'action d'un bandage contentif, sortent

rarement, celles qui sont habituellement contenues par un bandage, doivent donc présenter plus souvent que les grosses et que celles auxquelles on ne cherche pas à remédier par un bandage, les élaborations pathologiques qui viennent d'être indiquées. Quand un bandage est porté, il est permis de croire que la pression qu'il exerce contribue aussi pour une certaine part au développement de l'inflammation adhésive.

Est-ce à dire qu'une élaboration analogue, mais moins avancée et moins complète, n'a jamais lieu dans les hernies volumineuses et non contenues ? Je ne voudrais pas aller aussi loin, parce que les choses n'ont pas été examinées avec une suffisante attention pour que je puisse être tout à fait affirmatif. Je devrai d'ailleurs revenir sur ce sujet, à propos de l'étranglement par le collet.

Mais le resserrement qui coïncide avec la transformation fibreuse peut-il aussi être expliqué ? M. Demeaux l'attribuait au tissu dartoïque, mais ce tissu dartoïque n'existant pas, il est difficile de donner une théorie qui se concilie avec l'organisation des tissus normaux. Je ne veux pas moi-même aller trop loin dans le champ des hypothèses, mais en établissant tout à l'heure une analogie entre le tissu fibreux nouveau qui forme le collet du sac et le tissu cicatriciel, j'ai donné à entendre que le contour du collet possédait peut-être avec l'inextensibilité, un pouvoir de rétraction analogue à celui des cicatrices et à celui des brides sous-cutanées de la main. Dupuytren expliquait ces dernières par la rétraction de l'aponévrose palmaire, notre anatomie pathologique moderne les attribue à une transformation du tissu cellu-

laire sous-cutané en tissu fibreux. Partout où dans notre économie, une transformation semblable a lieu, la substance qui en résulte est rétractile. C'est ainsi que je comprends, sans pouvoir en donner une démonstration aussi rigoureuse que je le voudrais, le resserrement du collet du sac devenu plus ou moins fibreux.

B. Caractères anatomiques des sacs insolites. — *a.* Le fond et le corps du sac présentent quelquefois un épaississement considérable qui se prononce davantage à mesure que la hernie vieillit.

b. D'autres fois, au contraire, ils sont amincis par places ce qui donne lieu à des bosselures, ou bien ils s'atrophient tellement sous l'influence d'une distension poussée très-loin, que le péritoine se confond avec la peau, à ce point qu'il ne paraît être qu'une surface de cette membrane. Alors ce n'est que grâce à l'existence du collet que l'on peut constater l'existence d'une membrane séreuse.

c. Le fond et le corps peuvent offrir une disposition bilobée. Il n'y a qu'un collet, mais le sac a été plus refoulé à droite et à gauche qu'à la partie moyenne.

d. Le plus ordinairement le collet du sac se moule à peu près sur l'ouverture qui laisse passage aux organes. Mais quelquefois il est canaliculé, l'orifice, par lequel passe la hernie, est oblique et canaliforme. Cette disposition a été signalée par MM. Cruveilhier et Demeaux, principalement dans certaines hernies interstitielles, lorsque les ouvertures du canal étaient étroites.

Entre deux collets existant au niveau des orifices d'un canal on peut voir au contraire une espèce de

cavité, qui en a quelquefois imposé pour la cavité du péritoine, pendant l'opération de la hernie.

e. Une disposition plus rare c'est celle des *collets multiples.* Ceux-ci sont ordinairement superposés. Il existe un rétrécissement au niveau du premier collet, au-dessous une dilatation, puis un nouveau rétrécissement suivi d'une seconde dilatation. Scarpa, M. J. Cloquet, A. Cooper et plus récemment M. Cruveilhier (*Anat. path.*, t. I) ont vu un plus grand nombre de sacs superposés.

Comment expliquer la formation des collets multiples? S'ils sont au nombre de deux, nous savons déjà qu'ils peuvent être dus à ce que la hernie a traversé un canal pourvu de deux ouvertures, une résistance plus grande existant un niveau des deux ouvertures que dans le canal intermédiaire. Ici une objection se présente. Si l'explication est vraie, toutes les fois que les organes qui se déplacent traversent un canal et non un orifice, il devra toujours y avoir deux collets. Or, souvent il n'en est pas ainsi. Voici pourquoi. D'abord, des deux ouvertures l'une ne résiste pas toujours assez pour qu'il se forme un collet, tels les orifices supérieurs des canaux inguinaux et cruraux. Ceci ne se concilie plus avec ce que nous avons dit de ces ouvertures à tissu souple qui se transforment en tissu fibreux ; mais il ne faut pas perdre de vue que ces modifications n'ont pas lieu chez tous les sujets ; certaines conditions de pression, par exemple, pouvant ne pas se présenter. Ensuite dans les hernies parcourant un canal à deux ouvertures, il peut se faire qu'il n'y ait qu'un seul collet, parce que par le fait même de la distension

qui s'opère avec le temps, les deux ouvertures se rapprochent et arrivent à se confondre.

Assez souvent il n'y a d'abord qu'un seul collet au niveau du pédicule de la hernie, mais ce collet descend peu à peu ou brusquement sous l'influence des efforts, alors que les adhérences extérieures sont encore molles. Abandonnant l'orifice aux dimensions duquel il s'était approprié, il vient occuper une place, où, moins serré, il pourrait s'étendre et perdre son étroitesse caractéristique; mais il a subi la transformation fibreuse, il n'a plus l'extensibilité qui lui serait nécessaire pour s'approprier aux dimensions du corps, il reste collet (partie rétrécie), quoiqu'il ne se trouve plus à l'endroit où existe habituellement cette partie. Puis une nouvelle portion du péritoine mise au contact de l'anneau fibreux prend à son tour les caractères du collet. On peut comprendre que par le même mécanisme, un peu plus tard, un troisième collet superposé aux précédents prenne naissance. C'est là ce que M. Cruveilhier désigne sous le nom de *sacs en bissac.*

f. Dans quelques cas rares, on a observé deux collets accolés l'un à l'autre. Il semble qu'alors deux sacs herniaires se soient formés à travers le même orifice de la paroi abdominale.

g. Une autre disposition très-rare est la suivante. Il y a un sac comme à l'ordinaire dans le trajet herniaire; puis un autre sac plus profondément, derrière l'ouverture abdominale, sous le péritoine pariétal, dans la fosse iliaque, par exemple; en un mot, il y a un sac extérieur et un sac intérieur. Cette disposition s'observe à

la suite de la réduction en masse d'une hernie. Le sac est venu alors se placer dans l'intérieur de l'abdomen. Il prend, dans cette nouvelle position, des adhérences qui l'y maintiennent, et, plus tard, l'ouverture de la paroi abdominale restant libre, une quantité nouvelle de péritoine est chassée de ce côté, un sac nouveau est produit. C'est ainsi que j'ai expliqué l'existence de ces sacs intérieurs dont M. Parise a réuni, dans un travail présenté en 1852 à la Société de chirurgie, trois exemples auxquels j'ai pu ajouter, dans le rapport dont j'ai été chargé, cinq autres exemples empruntés à divers auteurs. (*Mém. de la Société de chirurgie*, t. II, p. 399.)

Quelquefois l'intestin vient, au bout d'un temps plus ou moins long, s'étrangler dans un de ces sacs intérieurs. C'est là une variété d'étranglement interne sur laquelle M. Parise a encore appelé l'attention.

h. Le sac herniaire peut être oblitéré dans une certaine étendue et ne plus communiquer avec la cavité abdominale. Chez quelques sujets le collet du sac s'oblitère tout à fait. Cela peut arriver si, la hernie restant constamment réduite, il survient un travail d'inflammation et de rétraction consécutive. Une légère péritonite partielle intervient alors au niveau des points où le collet est en rapport avec les parties environnantes, il se forme des fausses membranes et des adhérences définitives. Ceci est intéressant pour la pratique, et voici comment. Le sac dont le collet est oblitéré peut rester vide, il est vrai, mais il peut aussi se remplir de sérosité, de pus, de sang, etc., et l'on a des hydrocèles, des hématocèles enkystées, dont on ne pourrait se rendre

compte sans ces connaissances d'anatomie pathologique.

i. La cavité du corps peut-elle disparaître par un mécanisme analogue à celui qui détermine l'oblitération du collet? Oui probablement, mais nous n'avons pas de faits qui le prouvent.

j. On observe quelquefois une autre disposition qui a beaucoup exercé la sagacité des pathologistes et des cliniciens. On trouve sur le cadavre un sac herniaire, mais il est extrêmement étroit, aussi étroit au niveau du fond qu'au niveau du collet. Il ne contient rien et serait même trop petit pour loger une portion d'intestin ou d'épiploon. Est-ce un sac préexistant, en voie de formation, qui, à la longue et refoulé peu à peu par les viscères, se serait agrandi? Ou est-ce un sac qui, après avoir pendant plus ou moins de temps renfermé des viscères, a cessé d'en contenir et est revenu sur lui-même? Les deux opinions ont été soutenues. Scarpa, à propos des hernies graisseuses de la ligne blanche (*Traité des hernies*, p. 337), avait établi que la graisse sous-péritonéale pouvait s'ouvrir peu à peu une issue à travers un écartement de la ligne blanche. M. Velpeau a montré que, non-seulement dans la région ombilicale (*Dict.* en 30, t. I, p. 209), mais aussi dans les régions inguinale et crurale, la graisse qui double le péritoine et appartient à son fascia propria, pouvait s'échapper à travers les orifices. Il est allé plus loin, en ajoutant qu'elle entraînait peu à peu le péritoine lui-même au delà de l'orifice abdominal, et que le sac était ainsi préparé à l'avance pour recevoir la hernie. Cette manière de voir a été assez généralement adoptée et méritait de l'être.

En effet, d'un côté, on trouve et j'ai trouvé moi-même sur des sujets qui n'avaient point eu de hernie, de petites portions de péritoine entourées de graisse, et, d'un autre côté, dans quelques circonstances où l'on voit des hernies se produire très-rapidement, on est bien porté à penser que le sac était tout préparé à l'avance.

La seconde explication, présentée pour la première fois par A. Paré, a été remise en honneur en 1821 par M. Bigot dans sa thèse inaugurale (1821, *Thèses de Paris*, n° 175). Ces prolongements péritonéaux seraient des sacs herniaires qui autrefois auraient contenu des hernies, mais qui seraient revenus sur eux-mêmes, et se seraient rétrécis par suite du développement incessant de la graisse à leur surface externe. Ils constitueraient ainsi un mode de terminaison des hernies, et ce serait la graisse qui, en s'accumulant, refoulerait le péritoine vers la cavité abdominale. Pour M. Bernutz, auteur d'une bonne thèse sur les hernies graisseuses (*Thèses de Paris*, 1846, n° 193), les amas graisseux seraient également consécutifs à la guérison d'une hernie et au retrait spontané du sac herniaire; seulement ce ne serait pas la pression mécanique exercée par la graisse hypertrophiée qui serait la cause du refoulement ou du retrait du sac. Cette graisse resterait avec son volume primitif, et ce serait indépendamment d'elle que les viscères cesseraient de se présenter dans le sac. Différente par l'explication, cette manière de voir est, pour le fond, analogue à celle d'A. Paré et de M. Bigot. D'après ces auteurs, le petit sac serait un reste au lieu d'être un début de hernie.

Entre ces deux opinions, il m'est impossible de faire un choix absolu, c'est-à-dire de rejeter l'une et d'adopter exclusivement l'autre. En effet, je suis bien certain d'avoir trouvé, sur des sujets qui avaient une hernie crurale d'un côté et qui m'avaient asssuré n'en avoir jamais eu de l'autre côté, d'avoir trouvé, dis-je, au niveau de ce dernier, un petit prolongement du péritoine doublé d'un amas graisseux. J'ai même rencontré la graisse sous-péritonéale engagée seule dans une ouverture du fascia cribriformis et, dès lors, je me crois autorisé à admettre avec M. Velpeau que le péritoine peut, dans certains cas, précéder pendant quelque temps les viscères. Mais il faut bien reconnaître que j'ai pu être induit en erreur par les renseignements que m'ont fournis les malades.

D'autre part, il n'est pas impossible que l'explication de MM. Bigot et Bernutz soit applicable à d'autres cas, et je ne possède aucun fait qui m'autorise à la rejeter définitivement. En l'absence de documents positifs à cet égard, je crois pouvoir conclure que la préexistence des sacs herniaires entraînés par la graisse sous-péritonéale paraît incontestable; et que la diminution ou même l'oblitération des sacs herniaires par l'hypertrophie de la graisse qui les double est admissible, quoique la démonstration n'en ait pas été complétement donnée.

Ce qui ressort d'utile pour la pratique de l'examen de cette question, c'est que certaines tumeurs sous-cutanées, placées dans les régions où se forment habituellement les hernies, sont constituées par un peloton graisseux adhérent à une portion déplacée du péritoine

pariétal. Ce sont ces tumeurs, causes possibles d'erreurs de diagnostic en matière d'étranglement, qu'on connaît sous le nom de *hernies graisseuses*.

5° *Parties contenues*. — Le plus habituellement, les parties contenues sont l'intestin seul ou l'intestin et l'épiploon, ou enfin l'épiploon seul. Signalons les différences les plus importantes que l'on peut rencontrer dans la disposition que présentent ces viscères contenus dans le sac.

Quelquefois le sac étant assez petit, il ne s'engage dans la cavité qu'une portion d'anse intestinale. Une anse intestinale herniaire se compose habituellement de tout le contour de l'intestin et de son bord mésentérique ; or, dans les cas dont je veux parler, il ne descend qu'une partie du contour de l'intestin avec son bord libre, mais le bord adhérent ou mésentérique reste au-dessus de l'orifice herniaire dans la cavité abdominale. Ces hernies, qu'on a appelées *pincement de l'intestin*, et que je préfère nommer *hernies avec anse incomplète*, méritent une attention particulière dans l'histoire de l'étranglement.

Plus fréquemment l'anse intestinale est complète, c'est-à-dire que le mésentère est engagé, et cette anse a plus ou moins de longueur, suivant que le sac est plus ou moins spacieux et que la hernie est plus ou moins volumineuse.

Il peut se faire, s'il s'agit de l'intestin grêle, que le sac contienne deux anses intestinales complètes.

Généralement les parois de l'intestin ne présentent pas de modifications de structure ; cependant à la suite de plusieurs inflammations, elles peuvent être épaissies,

et le changement de volume porte surtout sur la membrane muqueuse et sur la musculeuse. On rencontre souvent alors des épaississements du mésentère dus soit à une hypertrophie graisseuse, soit à l'épanchement entre les deux feuillets de matière plastique transformée en tissu fibreux.

Quand l'épiploon est contenu dans le sac, il s'y trouve en plus ou moins grande quantité. Il est généralement placé en avant de l'intestin et le cache, quelquefois il se trouve à droite ou à gauche et beaucoup plus rarement en arrière. Dans certaines circonstances, il offre une ouverture qui est traversée par l'intestin grêle. Parfois enfin l'épiploon peut présenter des épaississements et des adhérences sur lesquels nous reviendrons à propos de l'épiplocèle.

§ 2. — **Étiologie.**

Les hernies constituent une maladie très-commune.

Plusieurs auteurs ont cherché à bien faire connaître par des chiffres la fréquence des hernies, mais ils sont arrivés à des résultats très-différents. Ainsi Arnaud avait dit qu'un huitième (1/8) de la population était hernieux. Bordenave et Louis, à la suite de relevés faits à Bicêtre, avaient indiqué la proportion d'un centième (1/100). M. Malgaigne, à l'aide de relevés très-curieux (Malgaigne, *Leçons sur les hernies*, publiées par Gelez, 1841, p. 9), a porté cette proportion à un vingtième (1/20).

Ces divergences sont dues aux difficultés que présentent inévitablement les recherches de ce genre, mais

les chiffres, tels qu'ils ont été donnés, conduisent tous à cette conclusion que les lésions dont il s'agit sont fréquentes. Si les hernies sont aussi communes, c'est parce qu'elles se produisent sous l'influence de causes prédisposantes et de causes déterminantes auxquelles personne ne peut se soustraire.

I. *Causes prédisposantes.* — Elles sont essentiellement anatomiques. La principale est la faiblesse de la paroi abdominale dans certains points, faiblesse telle, qu'elle ne peut résister à la pression que les viscères exercent incessamment. Cette faiblesse est normale dans les premiers temps de la vie et existe surtout dans les points par où sortent des vaisseaux.

Une autre cause anatomique prédisposante, mais qui est anormale, est la présence dans un point de la paroi abdominale d'une cicatrice consécutive soit à une plaie pénétrante de l'abdomen, soit à l'ablation d'une tumeur qui occupait les couches profondes ou même toute l'épaisseur de la paroi abdominale.

II. *Causes occasionnelles.* — Les plus habituelles sont les efforts, actes par suite desquels la capacité de l'abdomen est diminuée, et les viscères qui y sont contenus plus étroitement, appliqués et même repoussés contre les parois.

Tantôt les efforts qui occasionnent des hernies chez les sujets prédisposés, sont modérés ou physiologiques, comme dans la toux, le vomissement, la miction, la défécation; tantôt immodérés et insolites, comme dans l'action de soulever des fardeaux très-pesants. Ces derniers peuvent provoquer d'emblée l'apparition d'une

hernie; mais le plus souvent ils ne l'amènent que peu à peu. Quant aux efforts physiologiques, c'est toujours par gradation insensible qu'ils la produisent.

Voyons maintenant comment interviennent ces deux ordres de causes, suivant les âges, les sexes, les professions et les positions sociales, les conditions topographiques.

1° *Étiologie aux divers âges.* — Les hernies apparaissent à tous les âges. Examinons successivement sous le rapport étiologique celles des enfants, celles des adolescents et des adultes, et celles des vieillards.

A. Les enfants sont assez exposés aux hernies. Bordenave a dit que sur 100 hernieux, il y a environ 2 enfants, le reste étant composé d'adultes et de vieillards. M. Malgaigne, sur un relevé de 5 à 6000 hernieux, est arrivé à peu près à la même proportion. Mais M. Malgaigne fait remarquer que tous les degrés de l'enfance n'y sont pas également prédisposés. C'est surtout depuis la naissance jusqu'à l'âge de deux ou trois ans que les enfants sont atteints de hernie. La raison en est qu'à cette époque de la vie certaines conditions anatomiques y prédisposent : telles sont la formation de la cicatrice ombilicale, la migration du testicule vers les bourses, l'existence du canal de Nück chez les filles, toutes circonstances qui tiennent affaiblis et moins résistants les points correspondants de la paroi abdominale. Il faut noter en même temps, comme causes occasionnelles, les cris parfois immodérés de l'enfant.

On rencontre au contraire très-peu d'enfants hernieux depuis trois ans jusqu'à quinze ans. Cette dimi-

nution s'explique par le rétrécissement des ouvertures primitives de la paroi abdominale et la résistance plus grande qui en résulte. Elle s'explique aussi par l'absence d'efforts physiologiques considérables, comme étaient les cris du premier âge, ou d'efforts insolites, comme ceux qui seront faits plus tard. L'âge de *dix* à *treize* ans est celui pendant lequel on voit le plus rarement apparaître des hernies.

B. Dans l'adolescence, c'est-à-dire de *quinze* à *seize* ans, les hernies se montrent de nouveau, tant parce que les orifices ayant normalement conservé un peu de faiblesse, il reste une cause prédisposante anatomique, que parce que les efforts insolites commencent à intervenir comme causes occasionnelles.

Plus tard, c'est-à-dire à l'âge adulte, les hernies deviennent de plus en plus fréquentes, d'abord parce que chez beaucoup de sujets, la prédisposition anatomique a subsisté, et ensuite parce que les professions et les habitudes obligent à de fréquents efforts qui dépassent les limites physiologiques.

C. Les hernies sont très-fréquentes chez les vieillards. En effet, M. Malgaigne a fait examiner à Bicêtre 3000 individus, et il a trouvé 1033 hernies, plus d'un tiers. Il est vrai que, d'un autre côté, aux Invalides, M. Hutin n'a trouvé que 7 à 8 hernieux pour 100. Mais cela peut tenir à ce que cette population est composée d'individus qui dans le principe étaient vigoureux, et qui, au moment où ils ont été choisis pour le service militaire, à l'âge de vingt ans, ne portaient pas de hernie.

Remarquons, en effet, que parmi les vieillards herniеux, les uns le sont devenus dans la jeunesse ou l'âge adulte, les autres seulement à l'époque de la vieillesse. A cette période de la vie, en effet, si nous n'avons plus comme cause occasionnelle l'effort insolite exagéré, nous avons certains efforts physiologiques un peu plus grands et répétés plus souvent qu'à l'état normal. Nous voulons parler de ceux que nécessitent la toux fréquente et habituelle de la bronchite et de l'emphysème pulmonaire, ou la miction rendue difficile et fréquente par la présence d'un obstacle au col de la vessie ou dans le canal de l'urèthre. De plus, chez le vieillard la graisse diminue partout; les amas adipeux qui donnaient de la résistance aux ouvertures de la paroi abdominale et les fermaient en partie disparaissent, et la sortie des viscères se trouve rendue plus facile.

2° *Influence du sexe.* — Les deux sexes sont prédisposés aux hernies. Pour les enfants, la proportion des petits garçons est notablement plus considérable que celle des petites filles, ce qui est dû chez les premiers à la descente du testicule à cette époque de la vie.

Aux autres âges, les femmes sont encore sensiblement moins nombreuses. Ce ne sont pas les statistiques de hernies étranglées qui le démontrent, car il se trouve qu'on observe l'étranglement à peu près aussi souvent chez la femme que chez l'homme. Mais les études faites sur les hernies réductibles, ne laissent aucun doute à cet égard. Ainsi, d'après les relevés qu'il a faits au Bureau central pour dix années, M. Malgaigne a trouvé 3,89 hommes pour 1 femme.

3° *Influence des professions et de la position sociale.* — Les professions qui obligent à beaucoup d'efforts, sont évidemment celles qui prédisposent le plus aux hernies; c'est pourquoi celles-ci sont plus fréquentes chez les individus appartenant aux classes laborieuses. M. Malgaigne, dans sa statistique établie d'après les résultats du recrutement de 1816 à 1823, dans les divers arrondissements de Paris, a montré que les arrondissements pauvres avaient donné 1 hernieux sur 28 individus et les arrondissements riches 1 sur 37.

Pourquoi les individus pauvres sont-ils plus sujets aux hernies que les riches? Non-seulement c'est, comme nous l'avons dit, parce que généralement leur profession exige de plus grands efforts, mais c'est peut-être aussi parce que, les conditions hygiéniques étant moins bonnes, la faiblesse de la paroi abdominale, et d'autres conditions anatomiques dont nous indiquerons tout à l'heure la possibilité, interviennent davantage comme causes prédisposantes.

M. le docteur Amen dans une thèse soutenue en 1856, sur la cure radicale des hernies, a émis l'opinion fondée sur les données de l'anatomie comparée, que les individus qui se nourrissaient habituellement de légumes et mangeaient peu de viande, avaient le canal intestinal plus long. Les pauvres, faisant en général usage d'une nourriture plus végétale qu'animale, doivent avoir, selon lui, un canal intestinal d'une grande longueur qui remplit outre mesure la cavité abdominale, et qui a, par conséquent, une tendance d'autant plus marquée à s'échapper par les ouvertures de cette cavité.

La longueur excessive du canal digestif et le défaut de proportion entre ce canal et la cavité abdominale seraient donc une cause prédisposante à ajouter à celles que nous connaissons déjà ; et cette opinion me séduit d'autant plus qu'elle rend compte de la difficulté extrême à contenir certaines hernies, qui, sans doute, ne s'échapperaient pas aussi facilement, malgré les bandages, si la disproportion dont nous parlons n'existait pas. Seulement nous devons faire remarquer que cette opinion de M. Amen est fondée bien plutôt sur l'analogie que sur l'observation. De ce que chez les herbivores le tube digestif est normalement plus long que chez les carnivores, ce n'est pas une raison pour admettre d'emblée que l'homme nourri spécialement de végétaux a le tube digestif plus développé que celui dont l'alimentation est mixte. Il faudrait que le fait eût été démontré par la mensuration comparative du tube digestif dans les deux cas. Or, M. Amen ne dit pas qu'il ait fait cette mensuration, et à ce point de vue je n'ai pas fait moi-même de recherches suffisantes.

D'un autre côté, il me paraît incontestable que le régime végétal, moins fortifiant que le régime animal, doit prédisposer à l'affaiblissement des tissus aponévrotiques et celluleux qui limitent les ouvertures de l'abdomen, et qu'il rend les hernies d'autant plus faciles, que les individus placés dans ces conditions ont peu d'embonpoint et conséquemment sont dépourvus des bouchons graisseux qui à l'état normal ferment en grande partie ces ouvertures.

Ce qui précède s'applique surtout aux adultes. Si l'on

examine ce poiut étiologique pour les vieillards, on ne trouve plus la même différence que tout à l'heure entre les pauvres et les riches. Du moins, si cette différence existe, elle n'est pas aussi prononcée, et cela se comprend, car les efforts de toux et de miction qui favorisent l'apparition des hernies chez les vieillards sont à peu près aussi fréquents dans les deux classes sociales.

4° *Influence des climats.* — On a dit que les hernies étaient plus fréquentes dans les pays chauds, tels que le cap de Bonne-Espérance, l'île de Malte, l'Égypte, que dans les pays froids; dans les pays de montagnes que dans les pays de plaines; mais ces propositions ne sont pas appuyées sur une observation rigoureuse.

M. Malgaigne, dans les relevés si intéressants qu'il a faits sur les registres de la conscription pour toute la France en 1836, est arrivé sur ces points à des résultats inattendus qui méritent d'être signalés. Il a trouvé un plus grand nombre de hernieux dans les départements du centre que dans ceux de la périphérie. Cette différence ne pouvant s'expliquer par l'humidité ou la sécheresse de ces divers lieux, M. Malgaigne l'attribue aux différences de races, les départements du centre ayant été peuplés primitivement par la race celtique, ceux de la périphérie, par les races normande, bretonne, kimrique, germanique et ibère.

C'est en hésitant que j'apporte des objections au travail si consciencieux et si patient de M. Malgaigne. Cependant, n'est-il pas permis de croire que les chiffres donnés par les sujets de vingt ans, ne s'appliquent pas rigoureusement aux autres âges, notamment à l'enfance

et à la vieillesse, et qu'en conséquence ils n'indiquent pas nécessairement la proportion des hernies considérées en général, dans les divers départements. Quant à l'explication par les différences de races, il faudrait pour l'admettre, savoir si la race entraîne des modifications dans la résistance des anneaux de la paroi abdominale ou dans les dimensions du tube digestif; si dans les autres pays, peuplés par les mêmes races, on observe la même fréquence de hernies; si les résultats obtenus pour 1836, se retrouvent analogues dans les autres années, et si enfin les mélanges et les croisements n'ont pas fait disparaître l'influence que les races auraient pu avoir primitivement sur la production des hernies.

Les hernies, d'ailleurs, ont tant de causes prédisposantes et occasionnelles qu'il me paraît impossible de n'être pas induit en erreur, lorsque, négligeant les autres, on donne exclusivement son attention à l'une d'entre elles.

5° *Influence des modifications de la santé.* — Un certain nombre de maladies générales prédisposent aux hernies, ce sont plus particulièrement celles qui affaiblissent les sujets et les font maigrir. Dans ce cas les dimensions de la cavité abdominale restent les mêmes, le tube digestif présente la même longueur, mais les parois se sont affaiblies, et la graisse a abandonné les ouvertures.

Les maladies de l'abdomen qui donnent lieu à une grande distension de cette cavité, telles que les hydropisies, favorisent encore l'apparition des hernies. Si le

liquide disparaît, les parois trop longtemps distendues ne reviennent plus complétement sur elles-mêmes, le tissu fibreux est affaibli et les orifices ne présentent plus la même résistance. La grossesse agit d'une manière analogue.

Les affections chroniques des voies respiratoires qui donnent lieu à une toux incessante; celles des voies urinaires qui rendent nécessaires les efforts insolites dans l'acte de la miction, doivent être rangées encore parmi les causes prédisposantes.

§ 3.—Mode de formation. Mécanisme de production.

Certaines hernies semblent se produire rapidement, subitement, à la suite d'une grande violence. D'autres apparaissent lentement, progressivement, sous l'influence d'efforts incessants et souvent répétés. De là la division judicieuse de M. Malgaigne, en hernies de *force* et hernies de *faiblesse*.

Le mécanisme des hernies de faiblesse, de celles qui se produisent lentement, ressort de nos études antérieures. Mais il faut nous demander comment se produisent les hernies qui surviennent brusquement. Que se passe-t-il alors? On comprend à la rigueur que, sous l'influence d'un effort violent, une anse d'intestin vienne s'engager dans une ouverture, surtout lorsque celle-ci est déjà un peu affaiblie, mais ce que l'on comprend plus difficilement, c'est la formation du sac en pareille circonstance. Pour que le sac soit formé en effet, il faut, non-seulement que le péritoine soit distendu, mais en-

core qu'il descende au-dessous du point qu'il occupait primitivement. Il serait beaucoup plus facile de se rendre compte de la formation des hernies rapides, si le péritoine se déchirait, comme le pensaient les auteurs anciens.

Dans l'état actuel de nos conaissances, nous devons admettre : 1° ou que dans bien des cas la hernie ne s'est pas produite aussi brusquement que le croit le malade; et, en effet, une hernie au premier degré, pointe de hernie, peut exister sans que le sujet en ait conscience, et sans que le chirurgien ait été appelé à la reconnaître, et tout à coup elle peut passer au deuxième ou même au troisième degré; 2° ou bien que le sac était tout préparé d'avance, par la descente préalable de la graisse péritonéale, ainsi que nous l'avons indiqué plus haut.

§ 4. — Symptômes.

Les symptômes doivent être divisés en physiques et fonctionnels.

I. *Symptômes physiques.* — Tumeur le plus ordinairement appréciable pour le malade aussi bien que pour le chirurgien, quelquefois appréciable seulement pour le chirurgien (pointe de hernie). Cette tumeur a les caractères suivants : elle est arrondie, quelquefois allongée, cylindrique, molle, dépressible sous la main; ses caractères pathognomoniques principaux sont de disparaître, ou, comme l'on dit habituellement, d'être réductible, lorsqu'on exerce sur elle une pression un peu forte, et de reparaître à la suite d'un effort comme celui

de la toux ou sous l'influence seule de l'attitude verticale.

La hernie en rentrant, fait le plus souvent entendre un bruit particulier, le bruit de gargouillement produit par le déplacement des gaz contenus dans l'anse herniaire.

Variétés dans les caractères physiques.—Notons d'abord les différences de volume qui les ont fait nommer *grosses, moyennes* ou *petites.*

La tumeur est ou allongée, ou arrondie.

Les variétés principales sont tirées de la facilité plus ou moins grande avec laquelle la hernie se reproduit après qu'elle a été réduite. Sous ce rapport nous avons à signaler quatre catégories principales.

1° La hernie ne sort pas quand le malade est dans la position horizontale, même lorsqu'on le fait tousser ; elle ne sort pas non plus toutes les fois qu'il est debout; elle ne paraît que de temps à autre et seulement sous l'influence d'un effort considérable, dans la station debout ou dans la station accroupie. En général, ces hernies qui sortent rarement et difficilement sont peu volumineuses, et se voient sur des sujets qui font habituellement peu d'efforts, ou qui ont longtemps porté de bons bandages. On les observe plus souvent chez les individus de la classe aisée, que chez ceux de la classe pauvre.

2° La hernie rentre facilement et d'elle-même quand le malade est dans la position horizontale, et elle sort difficilement tant qu'il reste au lit. Mais s'il vient à se mettre debout, elle se reproduit sans effort ou à la suite

d'un effort modéré. Telles sont les hernies de beaucoup d'enfants, d'un certain nombre de femmes, et chez tous les sujets, celles qui sont peu volumineuses et sortent par des anneaux peu dilatés.

3° La hernie rentre encore facilement, mais on la fait reparaître avec rapidité, même dans la position horizontale, aussitôt qu'on fait tousser le malade.

4° La hernie est continuellement dehors. Si on la fait rentrer, elle sort sans aucun effort, même au lit. Lorsque le malade est levé et veut mettre un bandage, elle s'échappe aussitôt sous la pelote. A cette catégorie se rattachent la plupart des hernies volumineuses qui sortent à travers des ouvertures extrêmement élargies, celles aussi qu'on nomme *incoercibles*.

II. *Symptômes fonctionnels.* — Ils sont souvent nuls. Les malades s'aperçoivent de l'existence de la hernie parce qu'il y a une tumeur dans une partie du corps, mais cette tumeur ne s'annonce par aucune douleur. Ceci s'observe surtout chez les enfants, et chez les femmes dans la plupart des cas de hernies crurales.

D'autres fois, il existe de la douleur et celle-ci apparaît quand la hernie sort ou lorsqu'un nouvel effort ou de nouveaux efforts successifs tendent à augmenter son volume. Elle dure pendant tout le temps que la hernie est sortie. Cette douleur, qui est habituellement très-modérée, et que chez beaucoup de sujets on pourrait plutôt appeler une gêne, revêt quelquefois les caractères d'une colique parce qu'elle s'irradie de la région herniaire à tout l'abdomen. D'autres fois elle n'a pas cette forme, elle se concentre dans la région malade, et paraît

occuper plutôt la peau et les couches sous-cutanées que les parties intrinsèques de la hernie. On dirait une névralgie surajoutée à cette dernière. Je reconnais cependant qu'il est très-difficile de déterminer le siége exact de cette douleur; car les sensations indiquées par les malades sont très-vagues, et nous n'avons pas pour nous guider dans les explorations de ce genre aucun signe physique. Il est même rare que la douleur soit augmentée sensiblement par la pression de la main; cependant cela arrive quelquefois, et alors la pression d'une pelote de bandage devient intolérable. Chez quelques personnes les douleurs s'irradient au loin, se prolongent, par exemple, de la région inguinale à la région lombaire. Chez d'autres, elles prennent par moments une grande intensité, au point d'émpêcher le malade de marcher et de l'obliger à se mettre au lit, car la rentrée de la hernie fait obtenir du soulagement. Nous verrons que ce sont plus particulièrement les hernies inguinales, chez les personnes aisées, qui occasionnent cet état douloureux.

§ 5. — **Diagnostic.**

Quelquefois il donne lieu à de l'hésitation, lorsque le malade disant qu'il a eu une tumeur réductible, on ne peut pas faire sortir de nouveau cette tumeur. Il est très-difficile de se prononcer dans ce cas, car les renseignements peuvent être entachés d'erreur. Il faut attendre et faire de nouvelles explorations, recommander au malade de se présenter devant le chirurgien lorsque la tumeur sera sortie de nouveau. Enfin, le diagnostic sera

plus probable si le malade rend compte que le gargouillement a été très-nettement perçu.

Le diagnostic est encore difficile lorsque la hernie est à l'état de pointe. On est, il est vrai, rarement consulté à cette époque; si on l'était, il faudrait introduire le doigt indicateur dans l'orifice herniaire, en y repoussant un peu la peau à la manière d'un doigt de gant, et faire tousser le malade. Le doigt ne sent aucune impulsion, s'il n'y a pas de hernie commençante; il en sent une au contraire, lorsque la pointe de hernie existe.

La hernie est-elle formée par de l'intestin seul, ou bien par de l'intestin et de l'épiploon? On reconnaît d'abord que la hernie contient de l'intestin, lorsque la réduction est accompagnée d'un gargouillement très-marqué, et que l'intestin est seul, si en même temps la réduction se fait facilement et avec rapidité.

S'il y a de l'intestin et de l'épiploon, la pression amène d'abord une diminution de la hernie par la réduction de l'intestin; mais il reste une tumeur mollasse et pâteuse qui rentre avec plus de lenteur. Dans bien des cas cependant la réduction est tellement facile et précipitée, qu'on ne distingue pas la rentrée successive des deux portions. Mais quand la hernie supposée intestino-épiploïque est ou paraît être incomplétement irréductible, quelle est la partie qui ne rentre pas? Pour décider cette question, il faut d'abord reconnaître que la main qui presse la tumeur a bien fait rentrer quelque chose, et que cependant il reste une partie que l'on ne peut pas réduire. Ce serait l'intestin, si la portion restante était sonore et donnait le gargouillement; mais il est

très-rare que l'intestin reste adhérent dans une hernie dont l'épiploon est réductible, et presque toujours la partie irréductible est formée par l'épiploon. Il n'y a pas de doute à cet égard quand la tumeur, notablement volumineuse, est en même temps pâteuse, mollasse et légèrement lobulée, et quand on sent dans l'épaisseur de la paroi abdominale et même dans le ventre cette résistance, apportée par l'épiploon tendu, que M. Velpeau a désignée sous le nom de corde épiploïque. Mais quand ce qui reste de la hernie n'est pas très-volumineux et ne peut pas être suffisamment exploré par les doigts, les caractères physiques que l'on constate, c'est-à-dire le gonflement mal circonscrit et profond avec une consistance variable, peuvent parfaitement s'expliquer par la présence de graisse au devant du sac ou par l'épaississement du sac. Le diagnostic anatomique reste alors très-difficile et le plus souvent ne trouve pas de solution. Heureusement il est alors sans importance, puisque le malade n'éprouve pas d'accidents et que la constatation d'une hernie intestinale réductible suffit pour conduire au traitement.

§ 6. — Marche et terminaison spontanée.

Abandonnée à elle-même, que devient une hernie? Ou bien elle n'est pas maintenue du tout; ou bien elle l'est, mais par un bandage insuffisant, sous la pelote duquel une partie des viscères sort habituellement; ou bien elle est parfaitement contenue.

A. Parmi les individus qui ne portent pas de bandage, les uns ont leur hernie presque toujours au de-

hors ; chez d'autres, au contraire, les viscères ne franchissent qu'assez rarement les orifices abdominaux.

Chez les premiers, la hernie n'a aucune disposition à disparaître spontanément ; elle tend, au contraire, à augmenter tous les jours sous l'influence des mêmes causes qui l'ont produite et qui n'ont pas cessé d'agir. Il est bien vrai que le sac s'épaissit quelquefois, et que, devenu moins extensible, il s'oppose à l'ampliation de la hernie. Il est vrai aussi que le même résultat peut être fourni par l'accumulation des couches graisseuses au devant de lui ; mais de pareils moyens de résistance ne s'organisent pas chez tous les sujets, et trop souvent ils sont insuffisants pour empêcher, au moins dans une certaine proportion, l'augmentation du volume de la tumeur ; de telle sorte que la hernie s'accroît peu à peu et acquiert quelquefois des dimensions considérables. Si cela n'arrive pas plus souvent, c'est que la plupart des sujets, après avoir longtemps attendu, finissent par se décider à porter un bandage, lequel, même s'il est insuffisant, c'est-à-dire s'il laisse passer une partie de la hernie, apporte au moins un obstacle à un plus grand développement.

Quant aux sujets dont la hernie sort rarement et qui ont la précaution de la faire rentrer aussitôt, ils restent quelquefois indéfiniment dans cet état. Il en est qui, se livrant incessamment à des efforts exagérés, arrivent à la hernie qui s'échappe souvent, facilement, et finit par exiger l'emploi d'un bandage. D'autres, surtout parmi les enfants, guérissent spontanément et radicalement, par cette oblitération du collet, et peut-être de la cavité

du sac dont nous avons déjà parlé, en un mot, par un mécanisme analogue à celui de la guérison spontanée, que nous signalerons bientôt comme s'obtenant parfois à la suite de l'application continue d'un bandage bien fait.

B. La hernie est contenue par un bandage insuffisant. Ce genre de contention est très-fréquent chez les sujets qui ont de grosses hernies, qui font de grands efforts et qui ne s'observent pas attentivement. Les uns mettent leur bandage le matin, après avoir eu la précaution de faire rentrer la hernie, mais au moindre mouvement, au moindre effort, l'intestin seul, ou l'intestin et l'épiploon ensemble s'échappent et viennent former tumeur au-dessous et autour de la pelote. Beaucoup ne prennent même pas la précaution de réduire préalablement la hernie; ils appliquent leur pelote sur la hernie non réduite, et la gardent ainsi toute la journée. A quelque moment du jour qu'on examine ces sujets, on trouve donc une partie de la hernie à l'extérieur. Il est remarquable que, chez un grand nombre d'individus, cet état de choses n'occasionne ni souffrances, ni troubles fonctionnels, mais il va sans dire que la hernie ne guérit pas. Il m'a paru que cette contention, bien qu'imparfaite, apportait cependant un obstacle au développement ultérieur de la tumeur.

C. Si la hernie est bien contenue pendant le jour par un bandage et que la nuit on garde l'appareil, ou si, le bandage étant ôté, la position horizontale suffit pour empêcher la descente de s'opérer, deux choses peuvent arriver : ou bien la hernie persiste toujours et sort sous

l'influence des efforts, sinon au lit, du moins dans la station verticale, lorsqu'il n'y a pas de bandage; ou bien elle disparaît à la longue. Ce dernier cas s'observe encore de préférence chez les enfants, mais on le constate aussi chez des jeunes gens et des adultes, et principalement dans la pratique des riches. En général, trois ou quatre années sont nécessaires pour arriver à ce résultat. Cette disparition s'opère de deux façons : 1° par la rentrée, avec l'intestin et l'épiploon, du sac lui-même (hernies récentes) ; 2° par la rentrée de l'intestin et de l'épiploon, le sac persistant à l'extérieur.

1° La guérison par rentrée du sac peut avoir lieu suivant deux modes différents : *A*. Le sac rentre, et, s'effaçant peu à peu par le déplissement de son collet encore extensible, il disparaît tout à fait. C'est ce qui arrive quelquefois pour de petites hernies récentes. *B*. Le sac est refoulé dans le ventre, mais son collet étant devenu inextensible, il ne perd pas ses qualités de sac. Il se place au-dessous du péritoine pariétal et forme, sur un point de la grande cavité abdominale, une petite cavité accessoire que nous connaissons déjà sous le nom de sac intérieur. Cette condition, qui est un peu plus rare que la précédente, est désavantageuse pour le malade, parce que, à un moment donné, une portion d'intestin peut s'engager dans le sac persistant, s'étrangler et donner lieu à une forme d'étranglement interne.

2° La hernie peut guérir avec persistance du sac à l'extérieur. La cavité séreuse accidentelle persiste, mais l'intestin n'y descend plus, parce que le sac est rétréci ou oblitéré à son collet, ainsi que nous l'avons dit plus haut.

On a beaucoup étudié à notre époque ce dernier mode de terminaison des hernies qui est encore très-rare, mais qui l'est moins que les précédents.

Sans revenir sur des points que nous avons développés suffisamment à propos de l'anatomie pathologique, rappelons que M. Cloquet a pensé que, dans ces cas, il se formait une espèce de cicatrice à la face interne du collet.

M. Demeaux a surtout insisté sur les transformations qui auraient lieu à la surface externe du collet, et sur la production dans ce point d'un tissu dartoïque essentiellement propre à revenir sur lui-même, et par conséquent ayant une tendance continuelle à resserrer l'ouverture du collet.

Enfin les recherches de M. Roustan, entreprises sous l'impulsion de M. Malgaigne, ont donné des résultats qui concordent le plus habituellement avec la doctrine émise par M. Cloquet.

§ 7. — **Pronostic.**

Les hernies sont toujours des maladies sérieuses, parce que, si on ne les maintient pas, elles persistent, incommodent plus ou moins et exposent, soit à la gêne qui résulte de leur augmentation de volume, soit aux accidents d'étranglement, etc., et, si on les maintient, l'emploi du bandage donne lieu à un assujettissement désagréable. Les hernies habituellement contenues, quand on a soin de bien les réduire, sont les moins fâcheuses, mais à condition que la contention ne sera jamais oubliée ni négligée; car nous verrons que l'étranglement arrive

plus souvent dans les cas de hernies habituelllement contenues, et dont la contention a été momentanément cessée, que dans ceux de hernies pour lesquelles on n'a jamais porté de bandage.

Sous le rapport du pronostic, les hernies doivent être divisées en *coercibles* et *incoercibles*. Nous savons en effet que si la plupart d'entre elles peuvent être maintenues après réduction, il en est un certain nombre qu'on ne parvient jamais à empêcher de sortir. Les enfants et surtout les nouveau-nés ont presque toujours des hernies facilement coercibles. Ce sont les moins graves pour cette raison, et pour cette autre qu'elles ont une tendance naturelle très-grande à la guérison.

Chez les adolescents et les adultes, les hernies sont moins fâcheuses que chez les vieillards, parce qu'elles sont plus facilement coercibles. En outre, si l'on peut arriver à la contention complète, la guérison est encore possible.

Les hernies de petit et de moyen volume sont plus favorables que celles de gros volume, d'abord parce qu'elles sont plus faciles à contenir, ensuite parce qu'elles offrent plus de chances de guérison spontanée. Pour les mêmes raisons, les hernies encore profondes ou interstitielles sont moins fâcheuses que celles qui sont arrivées sous la peau. Dans tous ces cas, les conditions sont d'autant meilleures que la profession du malade l'oblige moins à des efforts considérables. Seulement il faut bien noter que les mêmes conditions que nous signalons comme les plus favorables sous le rapport de la facilité de la contention et sous celui des chances de

guérison spontanée, sont défavorables en ce sens qu'elles prédisposent à l'étranglement, si on néglige l'emploi du bandage. Sous ce rapport, les grosses hernies, qu'on ne veut pas ou qu'on ne peut pas contenir, sont moins graves.

Chez les vieillards, les hernies sont en général volumineuses et à cause de cela difficiles à contenir; mais par cela même qu'elles sont habituellement dehors, elles tiennent dilatés les anneaux et les collets et sont moins sujettes à s'étrangler.

§ 8. — Traitement.

Il peut être *palliatif* et *curatif.*

I. — Le traitement *palliatif* est presque le seul qui soit mis en usage aujourd'hui. Il consiste dans l'emploi d'appareils mécaniques disposés de façon à empêcher la hernie de sortir, ce sont ceux que l'on désigne depuis longtemps sous le nom de bandages.

Les bandages herniaires ont été modifiés de bien des manières. Examinons ici les conditions générales qu'ils doivent présenter pour satisfaire à l'indication de maintenir la hernie.

1° Il faut d'abord que la hernie soit bien réduite avant l'application du bandage.

2° Il faut que le bandage soit bien placé, c'est-à-dire que la pelote soit mise exactement sur l'ouverture et le trajet herniaires.

3° Il faut que la pelote, après avoir été bien placée, reste en place pendant tout le temps que doit durer la

contention, que surtout elle ne glisse pas de bas en haut, comme cela a lieu si souvent.

4° Il faut que la pelote exerce une pression suffisante, pour résister à l'impulsion des viscères.

5° Il faut que le malade puisse supporter la pression dont nous venons de parler, et pour cela qu'il n'existe pas trop de sensibilité de la région, que la peau ne devienne pas érythémateuse.

Toutes ces conditions présentent des difficultés d'application.

La réduction de la hernie est souvent faite d'une façon incomplète, parce que ce n'est pas le médecin qui y procède, et que beaucoup de malades s'y prennent mal et ne font rentrer qu'une partie de la tumeur. De là l'impossibilité d'arriver à une guérison radicale, de là aussi quelquefois l'apparition de douleurs, et des chances plus nombreuses d'étranglement.

La maladresse et l'insouciance du malade l'empêchent encore de satisfaire à la deuxième indication, celle de bien placer la pelote.

Souvent, malgré les précautions les plus minutieuses, la pelote se dérange pendant les mouvements, et pour la tenir en place, il faudrait une immobilité impossible à obtenir.

La quatrième et la cinquième condition sont très-difficiles à remplir. Elles dépendent de la fabrication de l'instrument, lequel doit être modifié suivant la sensibilité du malade, suivant aussi les notions que l'on a pu acquérir sur la facilité plus ou moins grande avec laquelle la hernie tend à s'échapper.

Comment savoir si un bandage remplit bien les conditions nécessaires ?

Le jour où un bandage est appliqué pour la première fois, il faut s'assurer que la hernie est bien réduite et qu'il n'y a pas de douleurs. Il faut de plus examiner, séance tenante, si la contention est durable. Pour cela, on fait tousser le malade debout ; si la hernie ne sort pas, cela prouve déjà que la contention est assez bonne. Si l'on veut pousser plus loin l'exploration, il faut faire tousser le malade, en lui faisant pencher le corps en avant. Enfin le critérium le meilleur consiste dans l'examen de la région, lorsque le malade est accroupi et fait des efforts comme pour aller à la garde-robe. Il ne faut pas d'ailleurs être trop exigeant à cet égard, car même parmi les bons bandages, il y en a très-peu qui puissent, dans cette dernière attitude, maintenir la hernie, pour peu qu'elle soit volumineuse.

Étant donné un bandage qui le jour de l'application semble bien maintenir la hernie, il ne faut pas en conclure que ce bandage sera suffisant un peu plus tard, et que la contention persistera longtemps. On ne peut le déclarer tout à fait bon que si l'on a constaté, plusieurs jours après son application, qu'il continue à maintenir convenablement la hernie. Trop souvent, en y regardant avec soin, on arrive à cette conclusion que la hernie n'est plus maintenue du tout ou l'est incomplétement (1).

(1) Quant à la forme et aux variétés des bandages, nous en parlerons en étudiant les hernies en particulier. Si nous nous en

II. — Le traitement *curatif* comprend un certain nombre d'opérations qui ont été conseillées en vue d'obtenir soit le rétrécissement des ouvertures de la paroi abdominale, soit le rétrécissement et l'oblitération du collet du sac. Tous les détails de ces questions se rapportant spécialement à la hernie inguinale, c'est à l'occasion de l'étude de cette dernière que nous devrons nous occuper de ce sujet, sur lequel nous reviendrons également à propos des hernies ombilicales.

CHAPITRE II.

DES HERNIES INTESTINALES ET INTESTINO-ÉPIPLOÏQUES IRRÉDUCTIBLES.

Les auteurs ont signalé, d'après les causes anatomiques ou physiologiques qui les occasionnent, quatre espèces de hernies irréductibles, savoir :

Hernies irréductibles par *adhérences*,
Hernies irréductibles par *engouement*,
Hernies irréductibles par *inflammation*,
Hernies irréductibles par *étranglement*.

Je n'admets que pour des cas exceptionnels, les hernies rendues irréductibles par l'engouement et par l'inflammation. Néanmoins, je crois devoir en parler dans l'ordre qui vient d'être indiqué, afin d'exposer complé-

occupions ici, nous tomberions dans l'écueil que peu d'auteurs ont évité, celui d'appliquer aux hernies en général des considérations qui appartiennent exclusivement aux hernies inguinales.

tement l'état actuel et passé de la science sur ces sujets, afin en même temps de préparer et de faciliter l'étude de l'étranglement.

ARTICLE PREMIER.

HERNIES IRRÉDUCTIBLES PAR ADHÉRENCES.

Lorsqu'une hernie primitivement réductible est restée au dehors un certain temps, soit par l'incurie du malade qui n'a jamais cherché à la faire rentrer, soit parce qu'un bandage intempestivement appliqué sur la tumeur non réduite s'est opposé à sa rentrée, soit par suite de l'action simultanée de ces deux causes, alors les parties herniées peuvent contracter des adhérences étendues et solides avec l'intérieur du sac, et ces adhérences empêcher la réduction. Cependant elles ne s'y opposent pas d'une manière absolue, car il n'est pas impossible, ou qu'on les fasse céder à la longue, ou que l'on finisse par réduire simultanément les viscères et le sac qui leur est étroitement uni. Je citerai plus loin un fait intéressant de ce genre, emprunté à la pratique d'Arnaud.

Les études cadavériques ont montré que des adhérences anormales plus ou moins étendues, unissaient surtout l'épiploon à la face interne du sac, et nous verrons en parlant des épiplocèles, que cette partie du péritoine offre, par cela même qu'elle n'est pas contractile, une condition favorable à l'établissement des adhérences. Il suffit, d'une part, que la réduction de l'épiploon se trouve un peu difficile, ou que le malade rendu

indifférent par l'indolence de la tumeur, ne cherche pas à la faire rentrer; d'autre part, qu'une cause appréciable comme la pression d'un bandage, ou quelque cause inappréciable, ait amené un certain degré de phlegmasie, pour que la matière plastique s'épanche dans la cavité du sac, et, accolant l'épiploon à la face interne de ce dernier, les réunisse solidement. Souvent, en pareil cas, l'épiploon est épaissi et induré, comme nous l'indiquerons à propos de l'épiplocèle.

Si derrière l'épiploon adhérent, l'intestin peut entrer et sortir librement, la hernie n'est que partiellement irréductible.

Si l'intestin s'unit à l'épiploon, lorsque ce dernier adhère lui-même au sac, la hernie est complétement irréductible. A ne consulter que ma propre observation, j'incline à croire cet état de choses extrêmement rare, car si j'ai rencontré assez souvent, sur le cadavre, l'épiploon adhérent au sac, il ne m'a pas été donné de voir en même temps l'intestin adhérent. Dans mes opérations sur le vivant, je n'ai pas non plus trouvé, entre l'intestin d'un côté, l'épiploon et le sac d'un autre côté, de ces adhérences solides qui datent d'une époque éloignée ; je n'ai vu que des adhérences molles, dont j'ai dû attribuer la présence à la péritonite récente qui avait accompagné l'étranglement. Je me garderai bien de nier d'une manière absolue ces adhérences simultanées de l'épiploon et de l'intestin, car j'en ai lu dans Scarpa et dans Arnaud, quelques exemples qui m'ont paru positifs; mais il m'est permis d'annoncer que les faits de ce genre sont les plus

rares, et que ce qu'on rencontre quelquefois dans la pratique, c'est une hernie complexe dont l'épiploon est irréductible, tandis que l'intestin continue d'être réductible.

L'entérocèle pure, c'est-à-dire sans mélange d'épiploon, ne peut-elle pas aussi devenir irréductible par suite d'adhérences contractées avec le sac herniaire? Je n'en ai pas rencontré d'exemple et je suis disposé à croire encore le fait assez rare. Je m'en rapporterais volontiers à ce qu'avancent à ce sujet les auteurs, notamment Scarpa, si je ne trouvais pas à l'appui de leur assertion, des exemples pris dans des opérations de hernies étranglées, dans lesquelles il s'agissait peut-être, comme dans mes propres faits, d'adhérences récentes et molles, plutôt que d'adhérences anciennes et solides. Les observations que j'ai lues ne sont pas assez détaillées, pour que j'aie pu avoir la solution définitive de cette question.

D'ailleurs Scarpa, dans le long article qu'il a consacré aux adhérences, s'est inspiré beaucoup plus de ses investigations anatomiques que des besoins de la pratique. Il a parlé, sans les distinguer, des adhérences dans les hernies étranglées, dans celles qui ne l'étaient pas, dans les réductibles et les irréductibles. D'un autre côté, Scarpa a décrit très-longuement, à côté des adhérences d'origine inflammatoire, qu'il nomme non-naturelles, des adhérences naturelles, telles quecelles qui unissent le gros intestin au sac incomplet qui l'accompagne, lorsqu'il vient former une hernie. L'adhérence est, en effet, naturelle en pareil cas, en ce sens

qu'elle est établie par la portion normale du péritoine qui forme le mésocæcum et le mésocôlon iliaque. Mais, outre que les hernies de ce genre sont assez rares, les adhérences en question n'ont rien qui doive nous arrêter ici, puisque habituellement les replis péritonéaux dont il s'agit sont assez longs pour permettre la rentrée et la sortie facile du gros intestin. Les longs développements de Scarpa sur ce sujet, pourront trouver leur utilité dans le débridement très-exceptionnel de ces sortes de hernies ; mais ils n'ont rien d'applicable à ce qui m'occupe en ce moment, savoir l'obstacle apporté, soit partiellement, soit totalement à la réduction d'une hernie, par des adhérences solides et anciennes, d'origine inflammatoire.

Je me résume donc sur ce point, en répétant que les malades nous présentent assez souvent des entéro-épiplocèles dont l'épiploon est irréductible, par suite d'adhérences, et dont l'anse intestinale, parfois assez longue, souvent très-courte et ne formant qu'une petite portion de la hernie, reste réductible. D'autres malades présentent peut-être des entéro-épiplocèles complétement irréductibles ou des entérocèles pures, également irréductibles à cause des adhérences, mais ces deux derniers cas sont infiniment plus rares que le premier.

Étiologie. — J'ai déjà dit que les adhérences avaient pour cause une péritonite herniaire, et que l'immobilité de l'épiploon expliquait la facilité avec laquelle, à la suite de cette péritonite, il contracte des adhérences ; tandis que la contractilité et la mobilité de l'intestin rendent compte de la rareté de sa participation à la

même lésion. J'ajoute que, dans la plupart des cas, la péritonite qui a amené des adhérences est restée indolente, sourde, et que les malades ne peuvent signaler le moment où elle est survenue. Il se passe là, probablement, un travail lent, incessant et inappréciable pour le malade, analogue à celui qui amène les adhérences spontanées du testicule avec sa séreuse, et les vaginalites pseudo-membraneuses de l'hématocèle.

Symptômes et accidents. Diagnostic. — L'entéro-épiplocèle irréductible par suite d'adhérences, se présente sous deux formes, à chacune desquelles se rattachent des questions pratiques intéressantes.

1° Tantôt elle existe sans douleurs et sans symptômes fonctionnels qui puissent faire croire à un étranglement. Le malade nous présente une tumeur habituellement assez volumineuse, située dans une des régions où se voient les hernies. Si on le fait tousser, ou si on l'engage à faire un effort pendant que la main est appliquée sur cette tumeur, on sent une impulsion et une tension analogues à celles des hernies réductibles; mais si l'on cherche à faire rentrer la tumeur, on n'y parvient pas, ou l'on n'y parvient que très-imparfaitement. Si elle ne présente qu'un volume moyen, celui du poing par exemple, elle reste habituellement indolente.

Certains malades ont, de plus, quelques tiraillements douloureux et passagers, soit dans la tumeur seule, soit dans la tumeur et dans le ventre. Le volume excessif de la hernie et sa situation dans une partie très-déclive, comme le scrotum, expliquent ces tiraillements, qui sont plus marqués lorsque le sujet est debout. Chez d'autres,

la douleur est réveillée par les efforts, et il faut les éviter, sans quoi l'existence est insupportable. En un mot, sans compromettre la santé ni la vie, ces hernies irréductibles sont une cause plus prononcée d'infirmité que les hernies réductibles.

Le diagnostic peut offrir, en pareil cas, deux difficultés, sur lesquelles je crois devoir m'arrêter.

La première est relative à la présence de l'intestin, et la seconde à l'état de cet intestin.

D'abord, y a-t-il une anse intestinale dans la tumeur ou n'est-ce qu'une épiplocèle? Il est certain que l'intestin fait partie de la hernie, si, lorsque l'on presse sur la tumeur, on sent qu'elle s'affaisse, si cette diminution de volume est accompagnée de gargouillement et si la toux ramène le volume que l'on avait constaté primitivement. Mais souvent l'épiploon est tellement volumineux ou tellement induré, et l'anse d'intestin est elle-même si petite, que la main ne peut apprécier, ni la diminution, ni l'augmentation de volume dont nous venons de parler. On est alors obligé de rester dans le doute, et heureusement, cela n'a aucune espèce d'inconvénient pour le traitement, l'indication étant toujours de s'opposer à la descente, déjà effectuée, ou tout au moins imminente de l'intestin, par l'application d'un bandage à pelote concave, si le malade peut le supporter.

En second lieu, s'il y a dans la hernie une portion d'intestin, est-elle adhérente? Il est clair que cette question reste encore indécise, lorsque le volume considérable de l'épiploon ne permet pas de constater

l'existence d'une entérocèle réductible concomitante. Ce même volume empêche de constater les signes physiques capables de révéler l'existence d'une entérocèle irréductible.

Si par hasard la tumeur ne renfermait que de l'intestin, ou si, ce qui est encore bien rare, elle contenait beaucoup plus d'intestin que d'épiploon, le diagnostic serait établi, soit au moyen de la sonorité que l'on constaterait par la percussion plessimétrique, soit au moyen du gargouillement que l'on percevrait en malaxant la tumeur et en la déplaçant avec les deux mains.

2° La tumeur, en même temps qu'elle est irréductible depuis un certain temps, est devenue douloureuse depuis peu. La douleur est spontanée et augmente à la pression, elle s'irradie vers l'abdomen, il y a de l'inappétence, quelques nausées, même des vomissements. Je suppose que ces accidents datent de 24 heures, 36 heures au plus. Le malade n'a pas été à la garde-robe depuis ce temps, trop court cependant pour qu'on puisse prononcer le mot de constipation rebelle.

S'agit-il d'un étranglement qui vient de commencer dans une hernie habituellement irréductible, ou s'agit-il d'autres accidents qui ne demandent pas le traitement actif de l'étranglement ? Pour résoudre ce problème délicat, il faut d'abord bien questionner le malade sur les commémoratifs, s'assurer, d'après les renseignements qu'il fournit, qu'on est bien en présence d'une hernie irréductible de longue date et devenue douloureuse depuis quelques heures. Il faut ensuite explorer la tumeur avec les mains, et la presser

comme pour opérer le taxis. Reconnaît-on que cette manœuvre fait disparaître quelque chose au niveau de l'anneau, et fait diminuer le volume de la tumeur, à plus forte raison, cette réduction s'accompagne-t-elle de gargouillement ? ce sont là autant de raisons pour croire qu'il y a une portion d'intestin réductible et qu'en conséquence, les accidents sont dus exclusivement à l'épiploon. Or, comme le traitement de l'épiplocèle étranglée est le même que celui de l'épiplocèle enflammée, c'est-à-dire que ce traitement n'est pas opératoire, on peut accepter, sans le démontrer rigoureusement, ce qui serait sans doute, impossible, on peut, dis-je, accepter que les accidents sont ceux d'une épiplocèle enflammée habituellement irréductible et accompagnée d'une entérocèle réductible.

Mais si l'on ne trouve rien de réductible et si la constatation de la sonorité et du gargouillement fait reconnaître une entéro-épiplocèle, ou, si même en l'absence de signes indiquant l'existence positive de l'intestin, on peut croire à la présence de celui-ci, la question de diagnostic s'offre de nouveau avec un grand intérêt pronostique et thérapeutique. Le plus sage en pareil cas est de ne pas accepter de suite (je suppose que 24 ou 36 heures seulement se soient écoulées) l'idée d'un étranglement. On peut bien essayer pendant quelques minutes la manœuvre du taxis, car à la rigueur, l'intestin pourrait être refoulé, même sans que le chirurgien en eût conscience, et la hernie n'être plus dès lors qu'une épiplocèle enflammée.

Si l'on ne réduit rien ou si on reste dans le doute à

cet égard, parce que on a réduit une très-petite anse, il faut, avant d'admettre un étranglement et surtout avant d'intervenir aussi promptement que je le demande pour les hernies jusque là réductibles et qui viennent de s'étrangler, il faut, dis-je, attendre les résultats de l'observation ultérieure.

J'appuie ce conseil sur des raisons tirées les unes, de la théorie, les autres, de ma pratique ou de celle des auteurs.

D'abord, les entéro-épiplocèles irréductibles sont habituellement volumineuses, or l'étranglement et surtout l'étranglement assez serré pour nécessiter une opération, n'est pas fréquent dans les grosses hernies. Ensuite, les ouvertures de la paroi abdominale et celles du sac herniaire, quand elles sont remplies d'une manière permanente par des viscères irréductibles, conservent le plus souvent trop de souplesse et d'extensibilité pour devenir des agents d'étranglement. Il y a donc lieu de penser, quand une hernie est irréductible depuis longtemps et surtout quand elle est notablement volumineuse, que les accidents dont elle est le siége, ne sont pas dus à un étranglement.

Quant aux raisons tirées de la pratique, les voici : pour mon compte, je n'ai pas encore eu l'occasion de voir un étranglement dans une hernie irréductible depuis longtemps, par suite d'adhérences. J'ai bien trouvé quelquefois, dans des hernies étranglées, l'épiploon adhérent, mais celui-ci ne formait qu'une petite portion de la tumeur ; celle-ci était constituée en grande partie par une autre portion d'épiploon non adhérent

et par une anse intestinale réductible ; si bien que la hernie, quoique offrant quelques adhérences épiploïques, ne pouvait pas être rangée parmi les irréductibles : car dans celles-ci une portion très-considérable des viscères, sinon la totalité, est à tout moment incapable de rentrer.

Dans les quelques cas de ce genre que j'ai observés, je n'ai pas cru à un étranglement, je n'ai pas opéré et les malades ont guéri. Ces faits ne sont qu'au nombre de quatre. Trois sont relatifs à des hernies ombilicales volumineuses dont je n'ai pas conservé la relation par écrit, mais dont le souvenir m'est fidèlement resté dans la mémoire ; dans le dernier, il s'agit d'une grosse hernie inguinale que j'ai vue le 18 septembre 1863 à l'hôpital Cochin, où j'avais été appelé dans l'après-midi, le chirurgien de cet hôpital étant absent de Paris à ce moment. La malade avait cette hernie depuis longtemps, ne portait pas de bandage, et avait déjà eu une première fois, disait-elle, des accidents qui avaient nécessité une opération pratiquée à l'Hôtel-Dieu, quelques années auparavant. Elle était ivre au moment où elle me donnait ces détails, en sorte que je ne pouvais savoir s'ils étaient bien exacts. Quoi qu'il en soit, elle avait dans l'aîne et la grande lèvre du côté gauche une hernie plus grosse que les deux poings, paraissant formée par de l'épiploon et par une grande quantité d'intestin dont la présence était indiquée par de la sonorité. La malade souffrait dans la tumeur et dans le ventre et aussitôt qu'on pressait la hernie, elle accusait, par des cris violents, des souffrances que l'ivresse lui faisait exagérer, sans doute. Cet état de choses durait depuis

cinq à six heures, pendant lesquelles plusieurs vomissements avaient eu lieu. Les élèves de l'hôpital, voyant une hernie irréductible, qui paraissait être fort douloureuse, crurent à un étranglement qui nécessitait un prompt secours chirurgical, et me firent demander.

Après avoir constaté que la tumeur était grosse, sonore, douloureuse à la pression, mais n'offrait pas la tension que donne aux hernies l'intestin étranglé, je questionnai la malade sur ses antécédents et j'appris que sa hernie ne rentrait jamais, et que son volume actuel était celui qu'elle présentait depuis plusieurs années. Quoique l'ivresse pût me laisser des doutes sur ces renseignements, je les acceptai préalablement comme vrais, parce qu'ils concordaient assez bien avec les signes physiques. Je ne fis que quelques tentatives peu prolongeés de taxis et je prescrivis 0,50 centigrammes de calomel avec 0,30 centigrammes de jalap. Le lendemain, j'appris que cinq garde-robes abondantes avaient eu lieu pendant la nuit, et que les douleurs étaient apaisées. La malade, revenue de son ivresse, me répéta que sa hernie ne rentrait jamais. La tumeur présentait, en effet, le même volume que la veille, mais elle était le siége de souffrances bien moins vives, quoiqu'un certain degré de sensibilité anormale persistât. Je demeurai dès lors convaincu que s'il y avait eu un étranglement, il avait été peu serré, et qu'il était permis de croire tout aussi bien à l'inflammation d'une hernie, rendue depuis longtemps irréductible par des adhérences.

D'un autre côté, j'ai trouvé dans les auteurs très-

peu d'exemples probants d'une hernie habituellement irréductible à cause d'adhérences, qui aurait présenté des symptômes d'étranglement assez prononcés pour que l'opération ait dû être faite. Je lis dans Arnaud (*Traité des hernies*, t. II, p, 159 et suiv.), treize cas d'opérations dans lesquelles des adhérences ont été rencontrées. Mais la plupart de ces faits sont peu détaillés, et je ne sais pas s'il s'agissait d'adhérences anciennes, comme celles dont je m'occupe en ce moment, ou d'adhérences molles et consécutives à un étranglement récent. D'ailleurs, l'auteur est d'avis de traiter par une opération les hernies adhérentes, sans qu'elles soient ou paraissent étranglées, en vue seulement de les rendre réductibles. Dès lors, on ne voit pas bien s'il a été conduit à l'emploi du bistouri par la seule présence des adhérences, ou par l'existence d'un étranglement concomitant. La chose n'est bien indiquée que dans les X[e] et XIII[e] observations (p. 172), et la conduite d'Arnaud dans ces cas, n'a pas trouvé et ne trouvera pas d'imitateurs. Dans la première, il s'agissait d'une hernie crurale légèrement douloureuse, qu'il savait bien n'être pas étranglée, puisqu'il y avait des garde-robes ; dans la seconde, d'une grosse hernie ombilicale, pour laquelle les symptômes de l'étranglement ne sont pas mentionnés non plus. Dans les deux cas, il a disséqué les adhérences jusqu'à ce que la réduction fût possible. Le premier sujet a guéri, et le second est mort.

Je ne trouve, en définitive, dans Arnaud que la 17[e] observation, dans laquelle on puisse croire à l'étrangle-

ment d'une hernie habituellement irréductible, car il y est dit que le malade vomissait des matières fécales, que l'intestin était gangrené par places, et que pour remédier à cette dernière lésion, le chirurgien avait enlevé totalement une longue anse intestinale, ce qui n'empêcha pas le malade de guérir, après avoir porté pendant quelques semaines un anus contre nature.

On trouve aussi dans Scarpa (*Traité des hernies*, p. 163), l'observation d'un religieux de 50 ans, qui portait depuis sa jeunesse une hernie non contenue (il ne dit pas irréductible) et qui fut pris de symptômes d'étranglement. Scarpa l'opéra et trouva à la partie postérieure du sac, des adhérences solides entre celui-ci et l'intestin. Il fut obligé de laisser le tout au dehors après avoir débridé.

Je pourrais, à la rigueur, élever des doutes sur ce dernier fait, parce que Scarpa indique, sans les décrire et les détailler, qu'il y avait des symptômes d'étranglement, et qu'il pourrait bien avoir été induit en erreur par l'intensité de la douleur, comme chez la malade de l'hôpital Cochin dont nous avons parlé. Mais je ne veux pas refuser d'admettre la possibilité de l'étranglement dans une hernie habituellement irréductible. Il me suffit d'avoir montré que cet étranglement est rare et que c'est une raison pour ne pas en accepter trop facilement l'existence au lit du malade.

Lors donc qu'on a des motifs pour rester dans l'incertitude, il faut compter, pour s'éclairer, sur la marche ultérieure de la maladie et sur l'exploration consécutive. On conseille un purgatif, et de préférence le calomel et

le jalap à la dose de 0,30 à 0,40c. chaque, et on attend les événements. Si au bout de 8 à 10 heures, il y a eu des garde-robes, la question est jugée, on n'a pas affaire à un étranglement intestinal. Si, au contraire, au bout de ce temps, il n'y a pas encore eu de garde-robes, on donne un nouveau purgatif plus énergique et on attend encore douze ou quinze heures. Les garde-robes finissent-elles par arriver, on n'a plus qu'à se conduire comme s'il s'agissait d'une inflammation; mais si vingt-quatre à trente heures après l'administration du premier purgatif on n'avait pas eu de garde-robes, à quel diagnostic devrait-on se rattacher? Supposons qu'avec cette constipation opiniâtre il y ait peu de vomissements, que certaines boissons puissent être conservées, que le ventre soit à peine douloureux et sans ballonnement, le mieux serait d'attendre encore avant d'admettre un étranglement, et avant d'instituer le traitement chirurgical qui découle de cette opinion. On prescrirait un nouveau purgatif d'exploration plus énergique, deux gouttes d'huile de croton tiglium, par exemple, en pilules, et on ne se déciderait à admettre l'étranglement, qu'après avoir constaté la résistance de la constipation à ce nouveau moyen dirigé contre elle.

Supposons, au contraire, que la constipation qui a résisté à un ou deux purgatifs donnés dans les vingt-quatre premières heures, soit accompagnée de vomissements fréquents, tellement fréquents même, qu'on ait été obligé de supprimer les boissons pendant deux ou trois heures après l'ingestion du mélange de calomel et de jalap, pour qu'il ne soit pas rejeté. Si en même temps

la face est anxieuse et grippée, si le ventre est douloureux et ballonné, il faudra ne pas hésiter plus longtemps; après les 36 ou 48 heures que je suppose écoulées depuis le moment où le malade a été vu pour la première fois, on devra admettre l'étranglement et agir en conséquence. A plus forte raison, on devra marcher dans cette direction, si, pendant cette temporisation, les vomissements devenus franchement fécaloïdes ne laissaient aucune incertitude. Ajoutons que, si au lieu d'être appelé le premier ou le second jour auprès du malade, on ne voyait celui-ci que le troisième ou le quatrième jour, et que le diagnostic restât douteux à cause des caractères non fécaloïdes des vomissements, il serait convenable de raccourcir le délai de la temporisation, et de prendre un parti après l'administration du premier purgatif.

Je résume ce qui précède sur les accidents des hernies irréductibles par adhérences, en disant que : si ces accidents peuvent, dans quelques cas exceptionnels, être rapportés à un étranglement et doivent être traités comme tels, le plus souvent ils ne doivent pas s'expliquer de cette façon ou du moins ils ne sont pas dus à une constriction anormale de l'intestin ; et c'est la constriction anormale de l'intestin qui doit principalement occuper le chirurgien, parce qu'elle peut nécessiter un traitement opératoire, tandis que la constriction de l'épiploon réclame plutôt un traitement médical.

Comme, dans notre science, nous avons besoin d'employer des expressions qui donnent tout à la fois une idée de la nature présumée des maladies et du traite-

ment qui leur est applicable, je désignerai volontiers cet état maladif des hernies irréductibles par le mot inflammation. On verra plus loin que je rejette l'inflammation pour les hernies jusque là réductibles, mais je l'admets volontiers pour les hernies adhérentes de longue date, parce que cette interprétation entraîne une thérapeutique non chirurgicale, la seule qui convienne dans la plupart des cas de ce genre.

Je serais moins hésitant si l'anatomie pathologique de ce sujet avait été bien faite, et si je n'étais obligé avec tout le monde, de me servir seulement de la clinique pour arriver à une conclusion.

Non-seulement les études cadavériques manquent pour donner la preuve qu'il s'agit exclusivement d'un état inflammatoire, mais, en outre, personne n'est en mesure de dire, si c'est plutôt l'inflammation de l'épiploon que celle du sac herniaire qui explique les accidents, si un certain degré d'inflammation ne se montre pas dans l'intestin lui-même, si, enfin, le tissu des adhérences n'y participe pas pour une grande part. Mais comme, dans toutes ces suppositions, le péritoine, à quelque partie qu'il appartienne (sac, épiploon, intestin) est pris, je ne verrais aucun inconvénient à dire que les sujets atteints d'anciennes adhérences, ont quelquefois une péritonite herniaire appréciable au lieu de la péritonite larvée qui antérieurement avait amené les adhérences. J'ajouterais que cette péritonite, en se propageant à la cavité abdominale, donne lieu à des symptômes analogues à ceux de l'étranglement, à ceux que l'on a dit appartenir au pseudo-étranglement. En un

mot, je réserverais pour les hernies irréductibles et pour les épiplocèles pures, ces expressions que M. Malgaigne a appliquées à tort, selon moi, aux hernies en général.

Marche. Pronostic. Une hernie irréductible constitue une infirmité. Je me suis expliqué plus haut sur ce sujet.

Les phénomènes inflammatoires dont elle peut devenir le siége disparaissent habituellement au bout de quelques jours, et ne se terminent pas par un anus contre nature. Les douleurs cessent, les garde-robes se rétablissent, et la hernie reste ce qu'elle était auparavant, ou un peu plus irréductible peut-être, parce que de nouvelles adhérences ont été amenées par la nouvelle phlegmasie.

Il est bien entendu que si, primitivement ou consécutivement l'intestin se trouvait serré, soit par le collet du sac, soit par l'épiploon induré, et que la maladie fût bien un étranglement, la terminaison par un anus contre nature, une fistule stercorale ou la mort, serait possible.

Traitement. Lorsque la hernie irréductible par adhérences n'est pas enflammée, son traitement doit varier suivant le volume qu'elle présente. Si elle est petite ou de volume médiocre, on conseillera un bandage à pelote concave destiné à maintenir l'intestin, réduit s'il est réductible; à l'empêcher de descendre en plus grande quantité, si par hasard, il est déjà irréductible. Cette pelote devra être confectionnée exprès; sa forme, sa largeur, et la profondeur de son excavation seront exactement appropriées à la forme, à l'étendue et à la saillie de la tumeur. On engagera le malade à s'y accoutumer peu à

peu; pendant les premiers jours, il devra enlever l'appareil, si la hernie devient doulourese, et le remettre en place lorsque les souffrances seront apaisées. Il est des sujets qui s'habituent avec le temps, quelques uns même assez vite, à la pression de ce bandage. D'autres, malgré tous les soins qu'ils emploient, malgré toute l'attention donnée à la confection de l'instrument, ne peuvent supporter la pelote à cause de la sensibilité excessive de la région où siége la hernie. Il faut bien alors renoncer à l'emploi du bandage, ou se contenter d'une pression douce avec de la ouate. Celle-ci sera maintenue par un bandage de corps s'il s'agit d'une hernie ombilicale, avec un spica si l'on a affaire à une hernie crurale ou inguinale. Pour l'inguino-scrotale, le suspensoir est souvent le seul moyen de soulagement qui puisse être mis en usage.

Si, au contraire, la hernie est très-volumineuse, grosse, par exemple, comme les deux poings, comme la tête d'un enfant de deux ou trois ans, ainsi que j'en ai vu des exemples au niveau de l'ombilic ou du scrotum, il est à peu près impossible d'appliquer une pelote concave qui presse assez pour maintenir l'intestin. En pareil cas, il faut bien encore s'en tenir à une pression modérée exercée avec la ouate, un bandage de corps ou un suspensoir. J'ai vu à l'hôpital de la Pitié, en 1861, un malade atteint d'une hernie inguino-scrotale volumineuse, depuis longtemps irréductible, qu'il avait pris l'habitude de soutenir avec un bonnet de coton, dont il la coiffait et auquel il avait assujetti deux cordons qu'il croisait en arrière du cou.

Mais ne pourrait-on pas, dans ces cas de hernies irréductibles très-volumineuses, essayer un traitement qui aurait pour effet soit de rendre possible la réduction, soit de diminuer assez le volume de la hernie, pour appliquer ultérieurement le bandage à pelote concave? Arnaud est le seul auteur, à ma connaissance, qui ait résolu cette question par l'affirmative. Il émet l'opinion qu'on peut espérer réduire peu à peu non pas les viscères seuls, mais le sac avec les viscères qui lui sont adhérents, et quoiqu'il n'ait pas donné la démonstration anatomique du fait, il cite (Arnaud, *Traité des hernies*, t. II, p. 135, IIIe observ.) une observation fort curieuse d'une hernie scrotale considérable qu'il traita pendant trente jours par le repos, les bains tous les deux ou trois jours, une purgation tous les quatre jours avec la casse, 50 ou 60 centigrammes de mercure doux tous les matins, trois saignées, un régime sévère, et l'application d'un emplâtre de Vigo renouvelé tous les quatre jours. Au bout de seize jours, la tumeur avait diminué des trois quarts de son volume ; huit jours plus tard elle était assez réduite pour qu'une pelote concave pût être placée et supportée. Elle diminua encore peu à peu, et l'on avait soin de combler à mesure la cavité de la pelote. Enfin, Arnaud assure, qu'au bout de 36 jours, la hernie était complétement réduite et qu'un bandage à pelote convexe était appliqué. Il est possible qu'au lieu d'une réduction simultanée du sac et des viscères, Arnaud ait obtenu ici une diminution de volume par amaigrissement de l'épiploon herniaire non adhérent au sac, une réduction de l'épiploon consécutivement à cet

amaigrissement et une réduction simultanée de l'intestin. Quoi qu'il en soit, ce fait est encourageant et autorise à conseiller un traitement analogue pour les hernies irréductibles très-volumineuses. Seulement en pareil cas, il serait sage de prévenir le malade qu'il ne faut pas compter d'une façon absolue sur le succès. Il n'est pas venu à ma connaissance qu'un semblable résultat ait été jamais obtenu, si ce n'est dans le cas d'épiplocèle enflammée.

Si la hernie irréductible était ou paraissait être enflammée, le repos, les cataplasmes émollients et la diète devraient être mis en usage. On aurait recours en même temps à un purgatif que nous savons pouvoir servir tout à la fois, de moyen de diagnostic et de moyen de traitement. Pour que l'effet du purgatif ne soit pas empêché par le vomissement, je conseille en pareil cas le mélange de calomel et de jalap, ou de calomel et d'aloès, ou de calomel et de scammonée. Ces diverses substances, étant d'un trop petit volume pour solliciter les contractions expulsives de l'estomac, sont habituellement tolérées.

Il serait imprudent de tenter une opération dans le simple but de détruire les adhérences, d'abord, parce qu'il n'est pas démontré que la section ou la déchirure de ces dernières mettrait le malade à l'abri du retour des douleurs, la hernie pouvant redescendre après l'opération et prendre de nouvelles adhérences, de plus parce que cette opération exposerait à la mort pour une maladie qui n'est pas dangereuse. La 13e observation d'Arnaud (*Loc. cit.*, p. 184) en est un exemple.

Il se crut obligé d'entreprendre cette opération pour une hernie ombilicale volumineuse qui positivement n'était pas étranglée. Il parvint à disséquer toutes les adhérences et à remettre l'intestin et l'épiploon dans le ventre, mais la malade succomba au bout de quinze jours.

L'opération est d'autant plus contre-indiquée dans ces cas, que les malades, après quelques jours de traitement par les émollients et les évacuants, sont presque toujours débarrassés des accidents inflammatoires et en état de reprendre leur vie habituelle. Peut-être serait-ce le cas de continuer pendant quelques semaines le traitement débilitant d'Arnaud, afin d'essayer une réduction progressive totale ou partielle. Mais je regrette de n'avoir pas à fournir d'autre exemple de succès que celui d'Arnaud lui-même. Les symptômes inflammatoires une fois dissipés, on aurait à voir si la hernie est de celles dont le volume se prête à l'application d'un bandage à pelote concave.

Si l'étranglement était démontré, il faudrait débrider sans réduire.

ARTICLE II.

HERNIES IRRÉDUCTIBLES PAR ENGOUEMENT.

Le mot *engouement* a d'abord été employé pour exprimer l'accumulation des matières intestinales épaissies dans une anse herniée.

Covillard est peut-être le premier qui, dans un livre peu connu (*Le chirurgien opérateur*, Lyon, 1640), ait prononcé le mot *engouement*. Il a même établi une

distinction remarquable entre l'engouement gazeux et l'engouement solide. Mais Richter est le premier auteur resté classique dans lequel je le trouve nettement indiqué (*Traité des hernies*, 1778). Peu de temps après lui, Goursaud s'est servi de ce mot dans son Mémoire sur les causes de l'étranglement (*Mém. de l'Acad. de Chirurg.*, t. IV, in 4° p. 243), et tous les auteurs depuis ce dernier l'ont adopté, en continuant à indiquer par là la présence dans l'anse intestinale de matières épaisses qui ne peuvent pas s'engager dans le bout inférieur et qui, s'amassant de plus en plus avec les gaz, accroissent le volume de la hernie, et rendent sa réduction de plus en plus difficile.

Mais si le mot n'a été consacré que depuis Covillard et Richter, la chose qu'il indique a éte admise et décrite bien longtemps avant eux. Hippocrate et Celse, Cælius Aurelianus et bien d'autres ont indiqué cette accumulation avec épaississement des matières, qu'ils appelaient à tort fécales, dans l'intestin hernié. A. Paré dit positivement, que l'une des variétés de la colique dite *miserere mei* ou *iléus* est due à cette accumulation de matières et à la présence des gaz. Franco et Rousset parlent de hernies rendues irréductibles par les flatuosités et les gaz. Cette opinion a prévalu jusqu'au moment (1648) où Riolan a pour la première fois parlé de *strangulation*, mot qui n'a pas tardé à être remplacé par celui *d'étranglement*.

La lecture des auteurs anciens et modernes nous fait donc voir que, pendant une longue suite d'années, les accidents et l'irréductibilité que nous désignons aujour-

d'hui sous le nom d'étranglement, étaient compris dans la catégorie de la colique *miserere mei* ou *iléus* et attribués à l'accumulation des matières fécales et des gaz dans l'intestin. Si, depuis Riolan, le *miserere* herniaire a été expliqué par l'étranglement et désigné sous ce nom, néanmoins l'opinion de l'épaississement et de l'accumulation des matières n'a pas disparu pour cela, et même elle s'est accréditée sous le nom d'engouement. Seulement les auteurs qui ont le plus employé ce mot, Richter, Goursaud et Boyer, pour mettre d'accord les vues qui se généralisaient sur l'étranglement, avec celles de l'engouement, décrivent deux espèces d'étranglement ; l'étranglement sans accumulation de matières, qu'ils nomment inflammatoire et l'étranglement par engouement.

Il résulte déjà de cette étude historique, que s'il fallait décrire l'irréductibilité par engouement, d'après les auteurs qui ont parlé de l'accumulation des matières liquides et des gaz dans l'intestin hernié, on serait obligé, ou bien en se conformant aux plus anciens, de décrire toute espèce d'étranglement, ou bien en se conformant aux écrivains du XVIIIe siècle, de parler d'une espèce particulière d'étranglement. Dans l'un et l'autre cas, il n'y aurait rien de mieux à faire qu'à ne pas lui consacrer un article spécial, et à indiquer tout ce qui le concerne dans l'article relatif à l'étranglement.

Mais à notre époque, les études de M. Malgaigne ont apporté de nouveaux documents en faveur de la suppression de cette variété d'irréductibilité. En effet, dans ses deux mémoires (*Gaz. Médic.*, 1840 et

Arch. gén. de méd., 1841, 3e série, t. 12.) notre savant collègue, après avoir montré la part que faisaient les anciens à l'accumulation des matières dans l'iléus herniaire, est arrivé à la doctrine de l'engouement, et prenant au pied de la lettre la vieille opinion sur l'endurcissement de ces matières, et l'obstacle qu'elles étaient présumées apporter à la rentrée de l'intestin, a critiqué cette manière de voir. Il s'est appuyé sur sa propre observation qui ne lui a jamais permis de vérifier cette doctrine, par aucun fait anatomique, et il a émis cette opinion que l'engouement n'existe pas ou du moins n'existe que très-exceptionnellement.

Jusque là nous n'avons aucune objection à faire, et nous admettons aujourd'hui comme en 1844 (Thèse d'agrégation, 1844,), que M. Malgaigne a victorieusement combattu, à l'aide de l'observation clinique, la doctrine de l'accumulation des matières intestinales endurcies dans l'intestin. Mais il faut remarquer d'autre part deux choses : 1° que nos devanciers, lorsqu'ils parlaient de l'accumulation des matières en faisaient une cause d'étranglement, c'est-à-dire admettaient que la distension de l'anse par les matières occasionnait une constriction de cette anse dans le trajet herniaire. Or, je veux bien qu'il n'y ait pas d'amas de matières, mais que devient alors l'étranglement qu'on expliquait par cet amas ? M. Malgaigne le supprime aussi et le remplace par l'inflammation. Je dirai dans l'article suivant ce qu'il faut penser de cette innovation. 2° Que beaucoup de ceux qui ont parlé de l'engouement comme cause d'étranglement, l'ont considéré comme formé

non-seulement par l'accumulation des matières intestinales ou fécales, mais aussi par l'accumulation des gaz. Or, prouver que les liquides ne s'arrêtent pas et ne s'épaississent pas, ce n'est pas prouver que la distension de l'intestin par les gaz n'a pas lieu quelquefois et n'est pas une cause de constriction de l'anse intestinale. Nous verrons plus loin ce qu'il faut penser à l'égard de l'engouement gazeux. Ici je me contente de montrer que M. Malgaigne n'a détruit qu'une partie de la doctrine, tout comme je laissais entrevoir tout-à-l'heure qu'en la détruisant en partie, il n'a pas supprimé l'étranglement qu'elle avait la prétention d'expliquer.

Que penser dès lors relativement à l'engouement ?

Ici je tiens à distinguer deux choses, les faits et leur explication théorique.

Quant aux faits les plus anciens, c'est-à-dire ceux qu'on invoquait avant Franco, ils n'ont aucune valeur, puisque à cette époque toute difficulté de réduction accompagnée d'accidents plus ou moins sérieux était considérée comme nécessairement due à un amas de matières, et que sans se servir du mot engouement pas plus que de celui d'étranglement, on confondait dans une même pensée et dans une même théorie, les grosses et les petites hernies, celles des vieillards et celles des adultes, etc. Laissons donc ces faits de côté, ils n'indiquent pour nous rien de spécial.

Il n'en est plus de même des faits plus modernes, je veux parler de ceux qui depuis Richter et Goursaud ont été expliqués par l'engouement, et j'ai à rechercher : 1° quels sont ces faits ; 2° s'il convient de les considérer

comme appartenant à une lésion et à une maladie différente de l'étranglement, ou s'il faut les comprendre dans ce dernier.

1° Quant aux faits, ils sont de deux espèces pour presque tous les auteurs qui ont parlé de hernies engouées ou étranglées par engouement. Les uns sont des cas de hernies intestinales ou intestino-épiploïques volumineuses, passant par des anneaux élargis de la paroi abdominale, et se rencontrant particulièrement chez les vieillards. A l'époque où Richter et Goursaud ont parlé de l'engouement, on s'occupait beaucoup de l'étranglement par les anneaux, et ces deux auteurs ne trouvant pas les conditions d'une constriction sérieuse dans des anneaux fortement élargis, pensaient que, sans doute, l'irréductibilité et l'état plus ou moins douloureux de ces sortes de hernies, étaient causés par une accumulation de matières intestinales liquides et gazeuses. Ils ajoutaient, sans cependant citer beaucoup d'exemples à l'appui, que peu à peu, à l'aide de pressions douces plus ou moins répétées et de purgatifs, les matières reprenaient leur cours par le bout inférieur, après quoi la hernie devenait réductible. Ils reconnaissaient cependant que, chez un certain nombre de sujets, ces grosses hernies ne rentraient pas, donnaient lieu à des vomissements stercoraux (fécaloïdes) et à des accidents qui nécessitaient l'opération ou amenaient la mort. Ils laissaient d'ailleurs dans l'incertitude, faute d'un nombre suffisant de faits bien observés, la proportion de ceux qui guérissaient facilement à ceux qui ne guérissaient pas, et les moyens de reconnaître ou de présumer dès le début

laquelle de ces deux terminaisons était la plus probable.

Les autres faits sont des exemples de hernies purement épiploïques. Quoique depuis longtemps on ait reconnu moins de gravité à ces hernies qu'à celles qui contiennent de l'intestin, on n'était pas arrivé à en établir le diagnostic, et alors, quand on trouvait une hernie volumineuse chez un sujet tant soit peu avancé en âge, avec des accidents plus ou moins analogues à ceux de l'étranglement on disait qu'elle était étranglée par engouement, sans même chercher à reconnaître, si la condition indispensable pour le véritable engouement, savoir la présence d'une anse intestinale, existait. Or, comme les épiplocèles avec phénomènes inflammatoires finissent par rentrer peu à peu, et ne se terminent presque jamais d'une manière funeste, elles formaient sans doute un appoint considérable à la théorie de l'engouement.

Cela est tellement vrai, que lorsque M. Malgaigne a voulu adresser, avec des observations qui lui fussent personnelles, des critiques à cette doctrine, il a pris comme exemples un certain nombre de cas d'épiplocèles pures, ce qui a quelque peu contribué à obscurcir la partie clinique de la question. Car aujourd'hui nous ne pouvons plus appliquer à une entérocèle les arguments et les préceptes basés sur des faits d'épiplocèles.

On a bien considéré aussi comme engouées les hernies habituellement irréductibles par suite d'adhérences, qui devenaient le siége d'accidents plus ou moins violents. Je les laisse de côté, puisqu'elles ont été indiquées plus haut.

Aujourd'hui donc ces trois ordres de faits existent. Il y a des entéro-épiplocèles depuis longtemps irréductibles, dont les accidents, ainsi que je m'en suis expliqué dans l'article précédent, ne peuvent pas être attribués à l'engouement. Il y a des hernies épiploïques qui deviennent le siége de certains accidents dont j'aurai à m'occuper plus loin. Il est évident que ces accidents ne peuvent être expliqués par un engouement, puisque la condition anatomique nécessaire (une cavité susceptible de se remplir) manque. Il y a enfin, surtout chez les vieillards, des entéro-épiplocèles volumineuses, habituellement réductibles, qui tout à coup ne peuvent plus rentrer, deviennent alors l'occasion d'accidents analogues à ceux de l'étranglement, et qui, abandonnées à elles-mêmes ou traitées par des cataplasmes et des purgatifs finissent par se laisser réduire. Pour ces dernières, je n'admets pas non plus l'engouement, ou du moins cette accumulation de matières intestinales qu'on peut appeler avec Covillard l'engouement solide ; je le rejette, puisque les recherches anatomiques et cliniques de M. Malgaigne n'ont pas permis d'en constater l'existence. Mais réservant l'engouement gazeux et son intervention dans le mécanisme de l'étranglement sur lequel je m'expliquerai plus loin, j'annonce à l'avance que je considère ces hernies comme étranglées, ou pour exprimer l'idée pratique que j'attache à ce mot, je les mets au nombre des hernies qu'il faut s'efforcer de réduire le plus tôt possible, sous peine de voir, peut-être, les accidents s'aggraver.

En somme, il n'y a pas lieu de décrire l'engouement.

ARTICLE III.

HERNIES INTESTINALES ET INTESTINO-ÉPIPLOÏQUES IRRÉDUCTIBLES PAR SUITE DE L'INFLAMMATION.

Je devrais peut-être intituler cet article : *Existe-t-il des hernies rendues irréductibles par l'inflammation?* tout comme j'aurais dû intituler le précédent : *Existe-t-il des hernies irréductibles par engouement?* car ici encore je vais arriver à une négation.

Il y a longtemps déjà que les pathologistes et les cliniciens ont fait intervenir l'inflammation comme source principale ou accessoire des accidents occasionnés par les hernies devenues depuis peu de temps irréductibles. Cependant, jusqu'au XVIIe siècle, c'est-à-dire, tant qu'il a été question de l'iléus herniaire, les auteurs, très-brefs d'ailleurs sur le mécanisme et la nature des accidents, n'ont guère parlé de l'inflammation. Ce fut seulement lorsque la strangulation ou l'étranglement eut été admis que, poussés par le désir d'établir pour la thérapeutique une distinction qui, jusqu'à nos jours, n'a pas cessé de préoccuper les bons esprits, les chirurgiens ont admis les deux espèces d'étranglement que nous connaissons sous les noms de : 1° étranglement par inflammation ; 2° étranglement par engouement, dont nous avons parlé plus haut.

Si l'on avait continué à ne faire intervenir l'inflammation que comme compagne ou comme cause de l'étranglement, je n'aurais pas à m'en occuper ici, et tout ce qui la concerne serait naturellement décrit à propos des hernies irréductibles par étranglement.

Mais M. Malgaigne, dans son travail de 1841 (*Archives de médecine*), a émis cette opinion, que l'inflammation pouvait se développer seule, c'est-à-dire sans l'étranglement, dans les hernies. Il a appelé cette inflammation simple, *pseudo-étranglement* ou *péritonite herniaire*, et en a fait une maladie beaucoup plus bénigne que l'étranglement vrai, d'où il est résulté que l'inflammation, après avoir servi à nos prédécesseurs à exprimer l'accident le plus grave des hernies (étranglement par inflammation), est venue caractériser les cas les moins graves.

Dans le travail que j'ai cité, M. Malgaigne indique deux ordres de faits : d'abord des hernies habituellement réductibles, qui deviennent douloureuses, et qui à cause de cela, sans doute, sont réduites avec plus de peine par le malade lui-même, mais qui néanmoins rentrent au bout de quelques instants, par la pression de ce dernier, et cessent de faire souffrir ; ensuite des hernies ordinairement réductibles, qui deviennent également douloureuses, que le malade ne parvient pas à faire rentrer lui-même au bout de peu d'instants, et que le chirurgien ne réduit pas ou ne réduit qu'à la suite de pressions prolongées parfois considérables, mais qui, abandonnées à elles-mêmes, rentrent au bout de quelques jours ou restent au dehors sans inconvénient.

Je ne veux pas revenir de nouveau sur les hernies adhérentes. Mais sans qu'il s'en soit expliqué catégoriquement, M. Malgaigne attribue aussi à l'inflammation les accidents de ces hernies, ce que j'ai accepté moi-même plus haut.

J'admets volontiers, quoique la chose ne soit pas facile à démontrer, que dans les premiers de ces faits, ceux de hernies passagèrement irréductibles, les accidents sont dus à l'inflammation. Du moment où l'intervention du chirurgien n'est pas nécessaire, et où, par conséquent, il n'y a pas à formuler de traitement, peu m'importe qu'on admette une inflammation ou un léger étranglement.

Quant aux seconds, ils doivent m'arrêter davantage. M. Malgaigne est toujours préoccupé de cette bonne pensée qui avait inspiré Goursaud, lorsqu'il avait indiqué l'étranglement par engouement ; Richter, lorsqu'il avait créé l'étranglement spasmodique ; Richter et Scarpa, lorsqu'ils ont établi une distinction entre l'étranglement aigu et l'étranglement chronique, savoir : que parmi les hernies irréductibles avec douleurs, coliques, nausées, vomissements, constipation, il en est un certain nombre qu'on ne doit pas opérer, et contre lesquelles, dans les premiers jours, il n'est même pas absolument nécessaire d'employer les manœuvres du taxis. Comme pour mieux fixer les esprits, M. Malgaigne déclare que ces hernies ne sont pas étranglées, qu'elles ne sont qu'enflammées, qu'elles sont le siége d'un pseudo-étranglement, d'une péritonite herniaire.

J'ai lu et relu bien des fois le premier mémoire de M. Malgaigne (*Archives*, 1841), et je lui ai donné d'autant plus d'attention, que j'avais peine à comprendre comment la phlegmasie de la séreuse, soit pariétale, soit viscérale, pouvait augmenter le volume de la hernie, au point de rendre la tumeur irréductible, sans que cependant cette même augmentation amenât forcément une

constriction des viscères par les ouvertures, c'est-à-dire un étranglement plus ou moins serré, réclamant un traitement plus actif que ne l'exige une inflammation pure et simple. Mais je dois dire que je n'ai pas trouvé dans ce travail la démonstration clinique de ce qui me préoccupe en ce moment, de la hernie entéro-épiploïque rendue irréductible par l'inflammation seule.

En effet, quelles sont les observations invoquées par M. Malgaigne à l'appui de sa thèse? Je trouve d'abord dans le travail de 1841, six observations d'épiplocèles pures devenues irréductibles et douloureuses, et accompagnées de troubles des fonctions digestives plus ou moins analogues à ceux de l'étranglement, pour lesquelles l'opération, quand on y a eu recours, a été plus nuisible qu'utile, tandis que la temporisation a été suivie de guérison. Je fais le plus grand cas de ces observations. Je les invoquerai de nouveau, et je les placerai à côté de celles qui me sont propres, lorsque, dans la description des épiplocèles, j'essayerai de convaincre les praticiens que ces sortes de hernies n'ont jamais besoin de l'opération du débridement. Mais, en ce moment, je m'occupe des hernies qui sont formées par l'intestin avec ou sans épiploon, et je demande avec instance qu'on ne leur applique pas les théories et les déductions pratiques admises pour les hernies épiploïques pures. Si M. Malgaigne s'en était tenu à ces dernières, je ne verrais aucun inconvénient à adopter son opinion sans la discuter ; car, ainsi que je le dirai plus loin, le traitement n'est pas modifié par la théorie, du moment où j'admets qu'il n'y a pas plus indication d'opérer

dans l'épiplocèle étranglée que dans l'épiploïte simple.

Mais comme il résulte bien du travail de M. Malgaigne qu'il applique aussi sa doctrine à des entérocèles, et comme, d'autre part, les jeunes chirurgiens l'ont appliquée encore plus largement que lui, comme cette extension a conduit trop souvent à une thérapeutique erronée, la temporisation et l'emploi des moyens médicaux, je suis obligé d'examiner et de discuter les autres faits à l'aide desquels mon honorable collègue a établi son opinion.

Les exemples d'entéro-épiplocèles consignés dans le travail de M. Malgaigne, sont au nombre de cinq. Mais les observations XI et XII sont relatives à de grosses hernies de vieillards, qui ont été momentanément douloureuses, que les malades sont parvenus avec un peu plus de peine qu'à l'ordinaire à faire rentrer eux-mêmes après quelques heures de sortie et pour lesquelles le chirurgien n'a pas été appelé. Rien ne prouve qu'elles étaient enflammées. J'admettrais volontiers qu'elles l'étaient, mais la difficulté de réduction et les phénomènes inflammatoires ont été si passagers, que je ne saurais les ranger dans la catégorie des hernies qui apportent une résistance aux tentatives de réduction faites par le malade lui-même. La XIIIe observation est un exemple de hernie du gros intestin adhérente au sac herniaire, que le malade contenait habituellement très-mal, et qui après avoir été l'occasion d'accidents, fut abandonnée d'abord à elle-même, puis réduite au bout de neuf jours par le chirurgien. Pour M. Malgaigne cette hernie n'était qu'enflammée. Je veux bien l'admettre encore, mais il s'agit ici d'une hernie adhérente, habituellement irré-

ductible, dont les accidents peuvent s'expliquer comme je l'ai fait plus haut. Cela est tellement vrai, que l'autopsie est venue plus tard montrer qu'on avait réduit simultanément le viscère et le sac avec les adhérences qui les unissaient. D'ailleurs ces hernies du gros intestin sont des cas exceptionnels; or, je demande qu'on établisse des théories entraînant des déductions pratiques avec les faits communs et vulgaires, comme sont les hernies de l'intestin grêle, et non avec des faits insolites.

Vient ensuite la XIVe observation dans laquelle se trouve bien la double condition de rentrée habituellement facile, et de réduction devenue impossible pour le malade et très-difficile pour le chirurgien. Le sujet était jeune, la tumeur était située dans la région inguinale, elle était très-volumineuse, très-douloureuse depuis moins de vingt-quatre heures, il y avait des vomissements et des coliques. Le taxis fut fait pendant trois quarts d'heure, sans chloroforme, par M. Malgaigne lui-même et par ses élèves, et au bout de ce temps la réduction fut obtenue. Excellente observation, très-bon exemple de taxis forcé que j'utiliserai en temps et lieu! Mais où est la preuve de l'inflammation pure? Je ne la vois pas. M. Malgaigne ne nous dit pas en quoi les phénomènes ont différé de ceux de l'étranglement, et pour quels motifs il a admis ici la péritonite herniaire. Serait-ce parce que la hernie a pu rentrer après trois quarts d'heure de taxis? Mais cette longue résistance est précisément pour moi la preuve de l'étranglement. J'ai déjà dit que la simple inflammation n'amenait pas de pareil obstacle à la réduction, et je développerai plus loin cette opinion,

qu'il ne serait pas possible de s'entendre sur l'étranglement, si on voulait lui donner pour condition d'existence un obstacle absolument invincible à la réduction.

Reste la XVe observation, qui est bien intitulée comme les précédentes. *Entérocèle énorme simulant un étranglement ; mort.* Il est question d'une grosse hernie que le malade laissait toujours dehors et qu'il maintenait avec un suspensoir (peut-être était-elle irréductible par adhérences depuis longtemps). On ne fit ni taxis, ni opération, quoique le malade eût vomi des matières fécaloïdes. Le sujet succomba au bout de quatre ou cinq jours. Le sac renfermait du liquide séro-purulent, une anse très-étendue d'iléon et la presque totalité du cæcum ; ces parties formaient une masse ramassée en bloc et n'étaient pas étranglées par l'anneau. Sans doute il existait une péritonite herniaire, mais n'existait-il que cela ? C'est encore là un cas de hernie exceptionnelle. Est-ce que cette fusion des intestins entre eux dans l'intérieur du sac, n'a pas pu amener quelque chose d'analogue au volvulus? Ainsi se trouveraient expliqués l'absence de garderobes, et les vomissements fécaloïdes.

En somme, il y a dans le mémoire de M. Malgaigne un excellent précepte, celui de ne pas opérer les hernies épiploïques; mais je n'y trouve aucune démonstration de l'inflammation pure sans étranglement dans les hernies entéro-épiploïques réductibles d'ordinaire, devenues depuis quelque temps irréductibles, ou, si l'on aime mieux, très-difficiles à réduire. Je n'y vois surtout aucune indication applicable à la clinique rela-

tivement aux moyens de diagnostic entre l'inflammation et l'étranglement. Je n'y vois même pas un traitement particulier bien accusé, puisque dans un cas, M. Malgaigne a temporisé jusqu'au neuvième jour, et que dans un autre, il a fait le taxis tout de suite, le taxis forcé et prolongé, tel que je désire qu'on le fasse dans les premières heures de l'étranglement.

Examinons maintenant un second travail, publié par M. Malgaigne dans le *Journal de chirurgie*, avril 1843 (t. I., p. 129). Ici nous trouvons deux faits : l'un dans lequel une grosse hernie inguinale, chez un homme de soixante-six ans, sortie depuis huit jours, et ayant donné lieu à des coliques, à quelques vomissements et à une constipation qui avait été précédée de diarrhée, fut soumise au taxis par M. Malgaigne lui-même ; au bout de quelques minutes, l'intestin rentra, mais l'épiploon paraissant irréductible, fut laissé dans le sac. Dans l'autre, recueilli sur un homme de soixante et un ans, il s'agit encore d'une hernie inguinale assez volumineuse, habituellement mal contenue par un mauvais bandage, sortie depuis douze ou quinze heures seulement, et donnant lieu à de vives coliques. M. Malgaigne procéda encore au taxis, et obtint promptement la réduction. Le malade guérit, comme le précédent, assez promptement; mais il conserva des coliques pendant les premières heures après la rentrée de la hernie.

Je dois faire remarquer ici que nous nous trouvons encore en présence d'une assertion ou si l'on veut d'une interprétation, mais non d'une démonstration. En effet, si ces hernies étaient irréductibles pour les malades, dou-

loureuses, accompagnées de coliques, de nausées, de vomissements, de constipation, si elles présentaient en un mot l'ensemble de symptômes que nous sommes habitués à attribuer à l'étranglement, sur quels motifs s'appuiera-t-on pour prouver que l'on avait affaire à de l'inflammation pure? Je n'en vois aucun, à moins que ce ne soit la possibilité dans laquelle a été le chirurgien d'obtenir la réduction par le taxis. Mais je ne consens pas à admettre comme un des caractères nécessaires de l'étranglement l'irréductibilité absolue. Je persiste à croire qu'il y a des étranglements réductibles par la main du chirurgien.

Je m'entendrais bien vite avec M. Malgaigne, s'il consentait à n'établir son diagnostic qu'après avoir fait un taxis convenable, et surtout avec chloroforme, toutes les fois que la prudence le permettrait. J'admettrais volontiers que toutes les hernies qu'on aurait réduites étaient enflammées, et que les hernies non réduites étaient étranglées. Peu m'importe en effet la théorie, pourvu que la thérapeutique soit bonne ; mais malheureusement les opinions de M. Malgaigne, dans ce mémoire même, entraînent à des conclusions que je repousse. « Fréquemment en effet, dit M. Malgaigne, pour les faux étranglements, le taxis est nuisible, » et plus loin il ajoute: «il est tel cas où, si vous avez le » malheur de réussir dans un taxis, le malheur de » réduire la hernie, vous donnez lieu à une inflam- » mation générale du péritoine, au lieu de l'inflamma- » tion locale du sac herniaire, et le malade paye de sa » vie ce déplorable succès. »

S'il en est ainsi, pourquoi donc M. Malgaigne a-t-il tenté le taxis dans les deux cas dont j'ai parlé? Il nous le dit un peu plus loin : c'est parce que dans l'un d'eux l'inflammation était au début, dans le second elle était au déclin, d'où il semble résulter, quoique l'auteur ne le dise pas positivement, que le taxis est surtout dangereux pendant la période d'augment de l'inflammation.

Nous tombons ici dans un nouvel embarras. Tout à l'heure je disais que M. Malgaigne ne donnait pas la démonstration, de l'inflammation, c'est-à-dire les caractères symptomatiques qui la distinguent, au moins sur le vivant, de l'étranglement. A présent, je suis obligé de demander comment cette inflammation, si difficile à prouver lorsqu'elle est encore à son début, sera reconnue quand elle aura dépassé cette période, pour arriver à celle où la réduction serait si dangereuse, et comment enfin la période du déclin se dessinera aux yeux des praticiens. J'avoue qu'après avoir observé attentivement bien des hernies, je me sens absolument incapable d'un pareil diagnostic, et que M. Malgaigne ne me fournit pas les moyens de l'établir.

Mais peut-être M. Malgaigne a-t-il été plus explicite dans ses leçons et sa pratique de tous les jours. Peut-être les jeunes chirurgiens qui ont reproduit ses idées nous fournissent-ils la démonstration d'une différence réelle entre la péritonite herniaire et l'étranglement des entéro-épiplocèles, tant sous le rapport de la symptomatologie que sous celui de la thérapeutique.

Ici, j'ouvre la thèse si bien faite de M. Broca (concours pour l'agrégation, Paris, 1853). A ce moment, les

opinions de M. Malgaigne avaient eu le temps de se vulgariser; quelques objections s'étaient produites, j'avais osé en avancer moi-même quelques-unes dans ma thèse de concours, en 1844, et, depuis, on avait pu observer assez de faits pour les confirmer ou les infirmer. M. Broca, si habile à exposer l'état de la science, si lucide dans les questions obscures, va donc nous mettre au courant des réalités et des difficultés de ce sujet. Cependant dès l'abord, l'auteur se déclare embarrassé dans cette partie de son travail. Puis il se met à l'aise, en admettant qu'il y a dans la pratique des exemples types d'inflammation qu'on ne saurait méconnaître, et des exemples types d'étranglement qu'il n'est pas moins facile de distinguer.

Ainsi, c'est un type d'inflammation, quand la hernie est ancienne, volumineuse, non exactement contenue ou irréductible depuis longtemps, lorsqu'en même temps elle est assez tendue, sans être précisément dure, lorsqu'elle est inégale à sa surface, lorsque l'anneau de la hernie est assez large pour que le doigt puisse y pénétrer malgré la présence du pédicule, lorsque autour de la hernie les tissus sous-cutanés ont conservé leur état normal, lorsque enfin les symptômes fonctionnels ne sont pas très-accusés.

C'est, au contraire, un type d'étranglement, lorsque la hernie est petite, lorsqu'elle est sortie après avoir été longtemps maintenue par un bandage, lorsque la tumeur est dure, arrondie et uniforme, lorsque le pédicule est trop peu dépressible pour permettre l'entrée du doigt dans l'anneau, lorsque autour de la hernie on trouve

de l'œdème et de la rougeur, lorsque la douleur et tous les phénomènes fonctionnels sont bien accusés, lorsque les vomissements sont fécaloïdes.

Il est incontestable que les deux ordres de faits si bien mis en relief par M. Broca se rencontrent dans la pratique, et ce sont les différences frappantes qui les caractérisent qui avaient déjà fait naître la doctrine de l'engouement opposée à celle de l'étranglement inflammatoire, tout comme elles ont fait naître plus tard l'étranglement spasmodique opposé à l'étranglement vrai (Richter), et l'étranglement chronique opposé à l'étranglement aigu (Scarpa).

Mais si je trouve dans le travail de M. Broca une représentation fidèle de ce que nous donne la clinique, je ne vois pas la preuve que les cas spécifiés comme des péronites herniaires, ne soient pas des étranglements. Est-ce que les hernies entéro-épiploïques anciennes, volumineuses, non contenues, ne s'étranglent pas quelquefois? Est-ce que, dans certains étranglements par le collet du sac, il n'est pas possible de passer le doigt entre le pédicule et le contour fibreux? Est-ce que dans certains étranglements non douteux, les symptômes fonctionnels ne sont pas très-modérés? Je signalerai et je démontrerai toutes ces variétés dans l'étranglement herniaire. Il faut donc, pour faire admettre que dans ces cas types c'est à l'inflammation pure qu'on a affaire et non à un étranglement peu serré avec inflammation modérée, il faut des preuves tirées soit de l'anatomie, soit de la clinique. Or, M. Broca n'en donne aucune. Il se contente, comme M. Malgaigne, d'une allégation, à la-

quelle j'oppose toujours cette autre allégation : que si la hernie est devenue difficile à réduire, si elle donne lieu à une constipation rebelle, cela ne peut s'expliquer que par un certain degré de constriction.

Il ne faut pas qu'on l'oublie, d'ailleurs, M. Broca comprend dans les cas types d'inflammation les épiplocèles et les hernies irréductibles de longue date par adhérences. Supprimons ces deux ordres de faits, il en restera bien peu qui rentreront dans cette catégorie, et l'inflammation pure continuant à n'être pas démontrée pour eux, je pourrai toujours les expliquer par un étranglement modéré. J'y serai d'autant plus autorisé que les accidents de l'inflammation disparaîtront bien vite par la réduction obtenue à l'aide d'un taxis approprié.

Je me réserve de discuter plus longuement à l'occasion du diagnostic et des variétés de l'étranglement la valeur des symptômes que MM. Malgaigne et Broca signalent comme appartenant plus spécialement à la péritonite herniaire, et de montrer que ces symptômes peuvent offrir dans les étranglements les plus incontestables, ceux qui se terminent par l'anus contre nature ou par la mort, des différences telles d'intensité, qu'il n'est pas permis d'attribuer à un état morbide particulier quelques-unes des formes que l'on peut observer en clinique. Pour le moment il me suffisait de dire, que je cherchais inutilement dans ce passage de M. Broca sur les cas types, comme je l'avais cherchée inutilement dans les faits de M. Malgaigne, la démonstration de la péritonite herniaire pure.

Suivons maintenant M. Broca, lorsqu'il arrive à ces cas intermédiaires si fréquents dans la pratique, d'autant plus fréquents pour nous, que nous avons mis de côté les épiplocèles et les vieilles hernies adhérentes, qui faisaient un appoint considérable à la théorie de l'inflammation. Ici l'auteur confesse, sans hésiter, son embarras. Il arrive au doute, et est obligé de terminer par ces paroles sages mais décourageantes pour les partisans de la péritonite herniaire : « Un diagnostic didactique serait d'une grande importance (entre l'inflammation et l'étranglement). Je n'entreprendrai pas une pareille tâche, n'ayant pu trouver dans la science un nombre suffisant de faits. Je ne veux pas m'exposer à présenter comme des choses réelles les suppositions auxquelles je pourrais me livrer. »

Les choses en sont aujourd'hui, sur ce sujet, au même point qu'en 1853. Il est donc avéré que ceux qui ont écrit sur la péritonite herniaire n'ont pas pu donner aux praticiens une démonstration applicable à la clinique, et pour moi, qui cherche depuis vingt années la preuve de cette péritonite herniaire, je ne l'ai pas encore trouvée. J'ai bien vu des épiplocèles que j'ai pu considérer comme enflammées, et que j'ai abandonnées à elles-mêmes sans inconvénient. J'ai trouvé quelques hernies irréductibles de longue date ; j'ai vu aussi quelques vieillards et même des adultes qui ont mis un peu plus de temps qu'à l'ordinaire à réduire eux-mêmes leur hernie, devenue depuis quelques instants douloureuse. Je veux bien que ces hernies-là aient été tout simplement enflammées ; mais je répète encore qu'elles

n'appartenaient pas à la catégorie des entéro-épiplocèles irréductibles. Quant à ces dernières, toutes les fois qu'elles m'ont présenté les conditions de volume, d'ancienneté et d'accidents que l'on rapporte à l'inflammation, je les ai réduites par le taxis, les malades ont été promptement guéris, et j'ai toujours cru que j'avais fait céder un étranglement.

Voici pourquoi je tiens à cette dernière opinion, et pourquoi j'engage les chirurgiens à l'accepter, c'est que l'expérience m'a démontré que le meilleur et le plus sûr traitement des hernies entéro-épiploïques irréductibles depuis peu de temps consistait à opérer le plus vite possible la réduction. Or, cette idée thérapeutique est invinciblement attachée au mot étranglement, tandis que l'idée d'inflammation, de péritonite herniaire, entraîne celle de temporisation qui, parfois sans doute, serait sans inconvénient, mais qui, dans certains cas, pourrait devenir dangereuse, parce qu'on aurait laissé passer à l'état d'étranglement invincible, ce qui au début avait paru n'être qu'une inflammation, et était sans doute un étranglement facile à surmonter par une main exercée au taxis.

Dans ma pensée, en un mot, les expressions de péritonite herniaire et d'inflammation n'ont d'importance que parce qu'on leur attache la déduction thérapeutique dont je viens de parler, déduction que M. Malgaigne n'avait pas précisément donnée dans son travail de 1841, mais qui a été acceptée très-largement par ses élèves et beaucoup de ses lecteurs.

J'accorderais bien vite à M. Malgaigne la péritonite herniaire et le pseudo-étranglement, s'il déclarait et

faisait admettre par tout le monde, que le meilleur mode de traitement de cet état morbide, pendant tout le temps qu'on se croit autorisé à en faire le diagnostic, est le taxis approprié et progressif, tel que je le décris plus loin.

Je tiens d'ailleurs à faire remarquer une dernière fois que si, pour les hernies entéro-épiploïques, je reste en dissidence avec M. Malgaigne et avec les chirurgiens qui, dans la pratique, ont porté plus loin que lui cette conséquence de sa doctrine, la temporisation trop prolongée, je tiens, dis-je, à faire remarquer que je suis volontiers de l'avis de mon éminent collègue, pour les épiplocèles et les hernies adhérentes, et que pour celles-ci, sa doctrine ayant l'avantage d'arrêter les chirurgiens trop enclins à opérer de bonne heure, je ne vois aucun inconvénient à l'adopter.

Je serais heureux, en un mot, si j'arrivais à bien faire comprendre à mes jeunes auditeurs, que je fais deux parts dans la doctrine de M. Malgaigne : une part nuisible aux malades et que je rejette, une part favorable aux malades et que je conserve. Cette pensée aura son entier développement dans l'article qui va suivre.

ARTICLE IV.

DES HERNIES INTESTINALES ET INTESTINO-ÉPIPLOÏQUES IRRÉDUCTIBLES PAR ÉTRANGLEMENT.

Nous savons déjà que le mot étranglement ne date que du XVII[e] siècle, c'est-à-dire de l'époque où Riolan, donnant la description des ouvertures aponévrotiques

de la paroi abdominale, émit l'opinion que ces ouvertures pouvaient serrer l'intestin au point d'amener les accidents indiqués jusque-là par l'expression vague de *miserere*, et expliqués par l'accumulation des matières dans l'intestin hernié. Riolan, en 1648, s'était servi du mot *strangulare*. Nicolas Lequin est l'auteur français qui, quelques années plus tard en (1665), a consacré l'expression d'étranglement adoptée depuis par tous les chirurgiens, expression qui s'accordait d'ailleurs bien mieux avec le débridement proposé par Franco et Rousset que les prétendues accumulations de matières liquides et gazeuses admises à l'époque de ces derniers.

Il serait nécessaire, mais il est difficile de donner de l'étranglement une définition acceptable pour tout le monde. J'ai proposé la suivante, dans ma thèse d'agrégation de 1844 : « Il y a étranglement dans une hernie » lorsque les viscères éprouvent une constriction qui » gêne la circulation du sang, celle des matières intes- » tinales, et s'oppose à la rentrée des viscères dans le » ventre. »

Il se trouve dans cette définition quelque chose d'embarrassant que je ne veux pas dissimuler. En exprimant que la constriction s'oppose à la rentrée de la hernie, elle ne dit pas si elle s'y oppose indéfiniment ou temporairement. Or, quelques-uns des partisans de la péritonite herniaire, sans s'en être expliqués bien clairement, me paraissent vouloir donner pour caractères essentiels de l'étranglement, l'impossibilité de réduction par quelque moyen ou à quelque époque que ce soit, et la terminaison inévitable par la gangrène et l'anus contre nature,

si la chirurgie n'intervient pas. Ils semblent admettre au contraire, que les cas dans lesquels on a réduit par un taxis plus ou moins prolongé, ou dans lesquels la réduction a eu lieu spontanément au bout de quelques jours, étaient des cas d'inflammation ou de faux étranglement.

J'accéderais peut-être à cette manière de voir, et j'ajouterais volontiers à ma définition : « constriction dont l'effet inévitable doit être la gangrène de l'intestin, lorsqu'on ne débride pas, » si au lit du malade j'étais en mesure d'établir dès le début de l'affection, que la hernie actuellement irréductible pourra ou ne pourra pas rentrer dans quelques jours. J'ai déjà fait pressentir, en discutant et en rejetant la péritonite herniaire, que nous ne possédions pas les moyens de faire ce genre de diagnostic, et qu'en clinique, surtout au point de vue du traitement, il fallait considérer comme étranglées toutes les hernies entéro-épiploïques dont la réduction, habituellement facile, devient tout à coup difficile. Il faut alors seulement dire que l'étranglement est plus ou moins serré.

Aujourd'hui donc, afin de laisser dans l'esprit de tous cette opinion, que l'état actuel de la clinique ne permet pas de distinguer et de traiter d'une manière différente à leur début, des vrais et des faux étranglements, et aussi afin de laisser des traces de l'importance qu'il y a pour la pratique à distinguer ce qui est propre à l'intestin et ce qui appartient à l'épiploon, je propose la définition suivante : « L'étranglement des entérocèles et » des entéro-épiplocèles est la constriction plus ou moins

» forte de l'intestin dans un trajet herniaire, constric-
» tion qui gêne la circulation sanguine, arrête le
» cours des matières intestinales, apporte un obstacle
» invincible ou passager à la réduction, et semble me-
» nacer, si elle persiste, de se terminer par une perfo-
» ration ou une gangrène. »

Si j'osais en donner une autre qui exprimerait ma pensée au point de vue thérapeutique, je dirais :
« L'étranglement est la constriction plus ou moins dan-
» gereuse d'une anse intestinale, constriction dont les
» effets fâcheux sont évités par une réduction immé-
» diate, lorsque le chirurgien est appelé en temps
» opportun. »

§ 1. — **Caractères anatomiques.**

Ici nous avons à étudier les agents de l'étranglement, les lésions des parties herniées, celles du sac et celles des parties circonvoisines.

1° *Agents de l'étranglement.* — On est convenu d'appeler ainsi les parties plus ou moins étroites à travers lesquelles passe la hernie, et qui, dans certains moments, peuvent présenter une étroitesse relative assez grande pour que les viscères y soient serrés et retenus. Nous ne voulons pas dire ici qu'il s'agisse d'un resserrement actif ; nous nous occuperons bientôt de cette question à l'occasion du mécanisme de l'étranglement.

A. — L'agent de l'étranglement se trouve ordinairement au niveau de la partie la plus étroite, c'est-à-dire au niveau du pédicule de la hernie.

Quelquefois, c'est une ouverture *fibreuse*, cercle complet qui se trouve à l'état normal dans la paroi abdominale (anneau inguinal externe, anneau ombilical).

D'autres fois, c'est une ouverture qui existe encore normalement, mais avec un contour celluleux ou cellulo-fibreux, contour devenu depuis un certain temps fibreux et inextensible (ex. les orifices du *fascia cribriformis*).

J'admets, comme M. Malgaigne, une distinction entre les *anneaux naturels* (anneau inguinal externe), et les *anneaux accidentels* (anneaux du *fascia cribriformis*); mais je tiens à expliquer la distinction en disant que les premiers sont constitués primitivement par du tissu fibreux, et que les seconds peuvent être accidentels de deux façons : 1° parce qu'ils n'existaient pas du tout à l'état normal et que la hernie les a créés elle-même en se formant, comme a voulu l'indiquer M. Malgaigne, et comme cela arrive peut-être quelquefois au niveau du *fascia cribriformis* (voy. *Hernie crurale*); 2° parce que, très-étroits, à peine apparents et surtout celluleux, dans le principe, ils ont par le fait même de la hernie pris de l'étendue et subi la transformation fibreuse dont il a été précédemment question.

Les anneaux peuvent être parfaitement libres, et la hernie s'étrangler, alors c'est le *collet du sac* qui produit l'étranglement, parce qu'il est devenu lui-même inextensible à la suite d'une transformation fibreuse ou fibroïde de son tissu.

Est-ce plus souvent un anneau naturel ou accidentel, que le collet du sac qui produit l'étranglement?

Lorsque Fallope et Riolan eurent décrit les anneaux inguinal et crural, ils pensèrent que les symptômes des hernies attribués jusque-là à l'engouement, étaient le résultat d'une constriction opérée par ces anneaux fibreux.

Les choses furent admises ainsi, jusqu'aux travaux d'Arnaud, de Pott, de Scarpa, puis de Dupuytren. Alors on vit que souvent l'étranglement était dû au collet du sac, et Dupuytren disait que pour la hernie inguinale les trois quarts de ces étranglements étaient produits par ce collet. Plus tard, M. Malgaigne, dans son mémoire de 1840, a dit que l'étranglement n'était presque jamais produit par les anneaux naturels, tels que l'anatomie normale nous les fait connaître (anneaux inguinal et crural), mais bien, soit par le collet du sac, comme cela s'observe assez habituellement pour la hernie inguinale, soit par des ouvertures accidentelles, comme cela est fréquent pour la hernie crurale.

Cette opinion est aujourd'hui incontestable pour les hernies inguinale et crurale, surtout avec la signification que je viens de donner au mot d'anneau accidentel. Nous verrons que, quoique plus contestable, elle est encore admissible pour la hernie ombilicale.

J'ai déjà dit que le tissu fibreux des anneaux naturels perdait, par le fait même de l'existence ancienne de la hernie, sa rigidité, et conséquemment devenait impropre à produire l'étranglement; qu'au contraire, les ouvertures naturellement celluleuses devenaient, lorsqu'elles étaient traversées par une hernie, cellulo-fibreuses ou fibreuses, et par conséquent assez peu

extensibles pour jouer le rôle d'agent constricteur plus souvent que les anneaux naturels.

S'il est permis d'affirmer aujourd'hui que l'étranglement par les anneaux naturels, tel qu'on l'admettait avant Dupuytren et M. Malgaigne, est rare, et n'a, peut-être, jamais lieu, il est beaucoup plus difficile de se prononcer sur la question de savoir s'il est produit plus souvent par un anneau fibreux accidentel que par le collet du sac, et *vice versâ*. On n'a pas assez souvent l'occasion de faire des autopsies pour avoir sur ce point des documents suffisants, et nous verrons, en parlant du diagnostic, que, sur le vivant, nous n'avons pas non plus de moyens certains pour nous éclairer à cet égard.

Cette question, au reste, n'a pas aujourd'hui toute l'importance qu'elle aurait pu avoir au siècle dernier; c'est-à-dire à l'époque où l'on se préoccupait du procédé de J. L. Petit, dans lequel on n'ouvrait pas le sac et l'on débridait l'anneaux fibreux, sans toucher le péritoine en aucun point. J. L. Petit, en recommandant ce mode opératoire, était conséquent avec l'opinion régnante à son époque sur l'étranglement par les anneaux fibreux. Lorsqu'on eut reconnu l'existence et surtout la fréquence de l'étranglement par le collet du sac, on renonça généralement à l'opération de J. L. Petit, et le sac devant être incisé ainsi que son collet dans tous les cas, les chirurgiens ne trouvèrent pas qu'il y eût grande utilité à rechercher sur le cadavre et à discuter sur le vivant le siége et les agents de l'étranglement.

A notre époque, il est vrai, quelques chirurgiens an-

glais, et, en France M. le docteur Colson ont cherché à remettre en honneur l'opération sans ouverture du sac, malgré les idées si généralement acceptées sur la fréquence de l'étranglement par le collet. Les succès rapportés par ces chirurgiens, les guérisons après le simple débridement de l'anneau fibreux, tendraient à faire croire que ce dernier (toujours présumé accidentel) est un agent fréquent d'étranglement. Mais je ne saurais voir dans ces résultats cliniques la démonstration du fait anatomique dont nous nous occupons. Il est possible, en effet, qu'après le débridement de l'anneau fibreux et la mise à nu du corps et du collet du sac, celui-ci, quoique rigide et produisant la constriction, cède sous les efforts de la main qui presse à nu sur lui. Il se peut, en un mot, que le taxis pratiqué sur le sac à découvert, suffise pour faire surmonter à l'intestin la résistance du collet dépourvu de ses connexions plus ou moins résistantes.

D'un autre côté, l'étranglement peut être mixte, c'est-à-dire être occasionné tout à la fois par le collet du sac et l'anneau accidentel, comme j'en ai déjà cité un exemple dans ma thèse de concours. Dans deux opérations que j'ai faites récemment, sous l'inspiration du mémoire de M. Colson, il m'a bien semblé que je débridais un anneau fibreux assez résistant, et que le collet du sac mis à nu par ce débridement, me donnait sous le doigt une résistance assez grande pour m'autoriser à croire qu'il participait aussi à la constriction. En effet, la réduction a été difficile à obtenir, mais la résistance a fini par être surmontée, et j'ai pensé
part il y avait un étranglement mixte, et que

l'étranglement par le collet avait pu être vaincu par un taxis lent et gradué, analogue à celui que je conseille de faire à travers la peau.

A présent, je puis conclure, que si la question que j'ai posée plus haut a repris dans ces derniers temps un peu plus d'intérêt clinique, nous n'avons cependant pas encore trop à regretter, au point de vue pratique, de n'avoir pas les documents suffisants pour l'élucider.

B.— Dans quelques cas rares, l'intestin a été étranglé par l'épiploon, tantôt parce qu'une anse avait traversé l'épiploon descendu avec elle et accidentellement déchiré, tantôt parce que, avec le temps, l'épiploon s'était enroulé autour de l'intestin et lui avait fourni une sorte d'enveloppe, dont le pédicule, induré et rendu inextensible par les modifications de texture que subit souvent l'épiploon irréductible, était devenu un agent d'étranglement. Cette variété a été plus particulièrement signalée par M. Prescott Hewett dans son travail sur les sacs épiploïques (*Arch. gén. de méd.*, 4e série, t. VII), mais elle a été, ainsi que la précédente, trop exceptionnellement observée pour qu'il soit possible ou même utile d'entrer à son sujet dans de plus grands détails.

Est-il nécessaire de faire remarquer, en terminant cette étude des agents de l'étranglement, que le contour fibreux de l'anneau accidentel et le contour inextensible du collet doivent présenter des différences dans leur rigidité et dans les proportions de leur diamètre par rapport au volume des parties herniées. Ce sont là des questions sur lesquelles l'anatomie ne peut fournir de données précises, toujours parce que les autopsies sont

trop rares, et sur lesquelles nous ne pouvons être renseignés que par les courtes et rapides observations faites sur le vivant pendant nos opérations. Il m'a paru, et je crois qu'il a paru à tous les chirurgiens que, dans certains cas, la résistance de l'ouverture fibreuse ou celle du collet était plus grande que dans beaucoup d'autres, et qu'en même temps cette ouverture était appliquée sur les parties herniées, tantôt plus, tantôt moins étroitement.

Le contour ou l'agent de l'étranglement est donc plus ou moins résistant, plus ou moins serré. Telle est la proposition un peu vague, sans doute, mais impossible, dans l'état actuel de la science, à formuler plus nettement, à laquelle conduit l'observation clinique aidée du peu que nous fournit l'observation anatomique.

2° *Lésions des parties herniées.* — Nous avons à examiner ici :

A. Les lésions de l'anse intestinale, lorsqu'elle est complète et sans épiploon.

B. Les lésions de l'anse intestinale, lorsqu'elle est incomplète et également sans épiploon.

C. Les lésions de l'anse et celles de l'épiploon, lorsque la hernie est entéro-épiploïque.

Sous le nom d'anse intestinale complète et incomplète, j'entends parler ici d'une portion de l'intestin grêle. Je laisse de côté les lésions du gros intestin parce qu'il forme rarement la hernie étranglée, et parce que je n'ai pas de raisons pour supposer qu'elles présentent quelque chose de particulier.

A. — Lésions de l'anse intestinale complète, sans épi-

ploon. — Ces lésions sont importantes à étudier, puisque c'est de leur connaissance que découlent les indications du traitement rapide que je propose. Cependant, il faut en convenir, nous connaissons ce sujet d'une façon insuffisante, en ce sens que nous ne savons pas combien de temps et quel degré de constriction sont nécessaires pour amener chacune de ces lésions, et que dans la pratique, nous n'avons pas de signes positifs pour reconnaître leur existence.

Sur l'homme nous n'avons eu l'occasion d'étudier dans les autopsies que les lésions produites par un étranglement d'assez longue durée. Quant aux lésions du début, c'est-à-dire des premières heures et des premiers jours, nous n'en savons que ce qu'il nous a été permis de constater dans nos opérations. Mais nous pouvons suppléer à ce que nous n'avons pu étudier sur l'homme, en mettant à profit les résultats très-intéressants des expériences de M. le professeur Jobert (de Lamballe) sur les animaux, résultats qu'il a consignés dans le tome II de son *Traité des maladies chirurgicales de l'abdomen* (Paris, 1829).

Dans une première période, l'anse intestinale serrée est seulement un peu plus rouge qu'à l'état normal, et l'on reconnaît aisément que la rougeur est due à une accumulation de sang dans les capillaires. Cette rougeur qu'on apprécie bien sur l'homme, si au moment d'une opération on peut attirer dans le sac une portion d'intestin non étranglée que l'on compare à la portion étranglée, s'explique tout à la fois par la gêne apportée au retour du sang veineux et par un certain degré de

phlegmasie, sans qu'il soit possible à l'anatomiste le plus exercé de distinguer la congestion mécanique de la congestion dynamique ou inflammatoire.

A un degré plus avancé de cette même période, la surface séreuse est dépolie, la rougeur est plus intense, l'intestin devient même brun ou noir. Si l'on est appelé à disséquer la paroi intestinale, on trouve, pour expliquer cette coloration, une infiltration sanguine. Le sang s'est échappé des capillaires et s'est extravasé tant entre la séreuse et la couche musculaire, qu'entre celle-ci et la muqueuse. M. Jobert (de Lamballe) a parfaitement étudié cette lésion sur des anses intestinales qu'il avait entourées de ligatures modérément serrées, et il a constaté de plus, que la paroi intestinale est épaissie par cette infiltration sanguine, résultat qui concorde avec ce qu'il nous a été donné de voir sur l'homme dans nos opérations et dans quelques autopsies.

A une seconde période, la couleur foncée persiste et l'on constate des lésions plus sérieuses, soit sur le *contour* de la portion serrée, soit sur les *autres points* de l'anse intestinale.

a. — Sur le contour, on voit tantôt un sillon peu profond mais bien appréciable, et si l'on insuffle, on reconnaît qu'au niveau de ce sillon l'intestin ne se distend pas aussi bien que dans les autres points. Au lieu d'un sillon, on observe quelquefois un cercle grisâtre qui semble formé par un épanchement de matière plastique au-dessous du péritoine viscéral. En disséquant ce contour, on peut trouver les parois encore intactes à son niveau, on peut même les trouver épaissies, mais souvent

la muqueuse est détruite dans la totalité ou sur une partie de la circonférence. Quelquefois la musculeuse est détruite également, et il ne reste que la séreuse plus ou moins épaissie, en sorte que si l'on examine la paroi par transparence, après avoir ouvert l'intestin, on voit le jour à travers cette partie beaucoup plus mince que le reste. Enfin, on peut rencontrer sur le contour de l'étranglement une ou plusieurs perforations. Quelquefois il n'y en a qu'une seule bien apparente, longue de 2, 3, 4 millimètres. Elle correspond à la partie la plus saillante et la plus dure de l'anneau constricteur, et ressemble à la section qu'aurait produite un instrument tout à la fois tranchant et contondant, c'est-à-dire, que toutes les tuniques semblent coupées mécaniquement, sans que pour cela il y ait de gangrène autour de la solution de continuité. D'autres fois, la perforation est difficile à voir, et passerait inaperçue si l'on ne faisait pas une investigation minutieuse. Au moyen de l'insufflation j'ai plusieurs fois constaté sur le contour de l'étranglement, un ou deux petits trous à peine gros comme une tête d'épingle, par lesquels s'échappait l'air insufflé; on voyait très-bien de petites bulles de gaz monter à la surface de l'eau dans laquelle l'anse intestinale était maintenue par la main d'un aide, pendant que je pratiquais moi-même l'insufflation. En général, ces petites perforations se trouvent sur la membrane séreuse, entre ses fibrilles dissociées, dans les cas où les deux autres tuniques ont été perforées. Il me paraît difficile de donner l'explication de ces perforations grandes et petites. Sont-

elles un effet purement mécanique? ce qui serait difficile à admettre. Ne faut-il pas faire intervenir un travail d'ulcération consécutif à l'inflammation? Cette opinion n'est pas plus admissible, d'une manière exclusive, que la première, car on ne voit pas pourquoi l'inflammation produirait là des désordres rapides qu'elle ne produit pas ailleurs, qu'elle ne produit pas, par exemple, lorsque l'intestin est dans l'abdomen et dépourvu de toute constriction. Je ne puis donc m'empêcher d'expliquer ces lésions tout à la fois par la pression mécanique, et par une ulcération consécutive à cette pression, sans qu'il soit d'ailleurs possible d'en donner encore une démonstration rigoureuse. Peu m'importe d'ailleurs la théorie. Ce qu'il ne faut pas oublier, c'est que, quand l'étranglement d'une anse intestinale a duré un certain temps, quelques jours par exemple, des perforations peuvent s'être produites au niveau des points qui ont supporté la pression.

b. Sur la partie de l'anse intestinale qui est au delà du collet et qui forme le corps de la hernie, on trouve encore la couleur noire causée par l'infiltration sanguine, et M. Jobert (de Lamballe) a parfaitement établi que cette couleur n'est pas due à la gangrène. La preuve que l'intestin n'est pas gangrené, c'est qu'il reste tendu et chaud, et que, si on le soumet à un lavage répété, la paroi reprend la couleur et l'aspect de l'état normal, et n'offre en aucune façon la friabilité des tissus gangrenés.

Tantôt la surface reste uniforme et sans inégalité, tout en étant dépolie comme nous le disions tout à l'heure. Tantôt, au contraire, on y voit de petites saillies.

Il en est qui sont recouvertes par le péritoine, et semblent dues à un soulèvement par le sang accumulé en plus grande quantité dans certains points. C'est là au moins l'explication de M. Jobert, qui a signalé tout particulièrement ce genre de lésion. D'autres sont formées par une petite hernie de la muqueuse à travers les couches musculaire et séreuse qui ont été déchirées, soit par un travail d'ulcération, soit par la rupture de l'un des petits épanchements sanguins indiqués par M. Jobert. On comprend qu'il n'y a pas loin des deux lésions qui précèdent à une perforation.

D'autres fois en effet, on trouve une ou deux perforations qu'un œil attentif peut découvrir, mais dont l'existence est encore mieux démontrée par l'insufflation sous l'eau, après que l'on a préalablement lié l'un des bouts de l'anse intestinale, tandis que l'on pratique l'insufflation par le bout opposé. M. Jobert (de Lamballe) a encore signalé cette lésion que j'ai moi-même rencontrée plusieurs fois, soit dans les opérations, parce que la perforation était assez large pour être facilement appréciable, soit après la mort sur une anse intestinale que j'avais réduite, sans avoir reconnu cette lésion qui était très-petite et difficile à voir, ou qui peut-être ne s'était formée qu'après la réduction ; car il n'est pas impossible que la déchirure préparée par l'infiltration sanguine ou la hernie de la muqueuse, se complète après que l'intestin a été réduit.

Je ne saurais trop appeler l'attention sur l'existence ou l'imminence prochaine de ces perforations larvées des anses intestinales qui ont été étranglées, car elles

peuvent, après la réduction, laisser passer des matières intestinales liquides ou gazeuses, et devenir ainsi l'occasion d'une péritonite mortelle. Quoique bien signalées par M. Jobert, elles sont restées peu connues, et c'est parce qu'ils ne s'en défient pas assez, que la plupart des chirurgiens se laissent trop facilement aller à la temporisation qui permet à ces lésions dangereuses de se produire.

Je rappelle d'ailleurs avec l'auteur que je viens de citer, que leur présence n'implique pas plus l'idée de la gangrène que ne l'impliquait la coloration noire. La paroi sur laquelle sont ces perforations a sa chaleur, sa consistance, sa tension ordinaire et sa structure naturelle, quoique la circulation ait été gênée. Cette paroi serait propre à vivre, une fois l'étranglement levé, si le sujet n'était pas emporté par la péritonite grave qui succède à la perforation.

Enfin dans d'autres cas encore, c'est un abcès ou ce sont plusieurs petits abcès que l'on observe à la surface de l'anse intestinale, et il n'est pas impossible que ces abcès, en s'ouvrant, laissent encore après eux une perforation.

A une troisième période, on voit sur le contour de l'étranglement une eschare qui se reconnaît à sa couleur grise ou noire, à sa mollesse, à sa friabilité. Elle est ordinairement limitée à un des points de ce contour, et particulièrement à celui qui se trouvait en rapport avec l'endroit le plus résistant ou le plus saillant de l'anneau constricteur. Une perforation peut exister sur cette eschare, ou sur la ligne de séparation entre elle et la

partie vivante, soit du côté de la cavité péritonéale, soit du côté du sac herniaire. Si l'eschare est détachée en grande partie, il y a nécessairement une large perforation qui a laissé passer les matières intestinales dans la cavité péritonéale ou dans le sac herniaire, ou dans ces deux cavités à la fois. Du reste, en même temps que la mortification s'est opérée, des adhérences molles se sont établies entre le contour de l'anse herniée et le collet du sac d'une part, les anses intestinales voisines de ce dernier d'autre part, et ces adhérences peuvent avoir apporté un obstacle à l'épanchement dans la cavité abdominale.

Sur le reste de l'anse, il peut n'y avoir encore que la coloration noire avec ou sans les petites perforations déjà indiquées, mais on peut observer aussi une ou plusieurs eschares disséminées, ou une gangrène de la totalité de l'anse, gangrène qui se reconnaît à l'affaissement, à la friabilité, à la perte de chaleur de la paroi intestinale, à la présence dans la cavité du sac, de la matière visqueuse ou glaireuse et des gaz versés par l'intestin dans cette cavité, et enfin à l'existence, après le lavage, d'un tissu mou, facile à déchirer, qui se dissocie même par l'agitation dans le liquide.

On voit donc que plus l'étranglement se prolonge, plus les lésions purement inflammatoires s'effacent pour laisser place à des lésions graves, telles que la destruction d'une partie des tuniques, les perforations au niveau du collet ou du corps de la hernie, les eschares, la gangrène totale, lésions que l'inflammation à elle toute seule ne détermine pas, quand l'intestin n'est pas

serré, et qu'il faut par conséquent attribuer à l'étranglement lui-même.

Mais rien n'est plus variable que le laps de temps nécessaire pour amener ces lésions ultimes qui font toute la gravité de la maladie. Je n'ai pas voulu assigner de limites à chacune des périodes que j'ai indiquées parce qu'il n'y a rien de fixe à cet égard, et que je ne voudrais pas propager des idées inexactes. En général cependant, on peut dire, que les perforations et les eschares n'existent pas encore dans les quarante-huit premières heures de l'étranglement sur les anses complètes, et que même elles arrivent rarement avant la fin du troisième jour. Mais je ne veux poser aucune règle absolue à ce sujet. J'ai cité dans mon travail de 1861 l'observation d'une malade que j'ai opérée d'une hernie crurale le vingt-cinquième jour de l'étranglement, et chez laquelle l'anse intestinale était à peine rouge, et n'offrait ni perforation ni eschare, quoique l'étranglement fût assez serré pour permettre très-difficilement le passage du bistouri destiné au débridement. En revanche, j'ai trouvé des perforations et des eschares sur des anses complètes sans épiploon, au *deuxième* et même au *premier* jour de la maladie. Faut-il expliquer ces différences uniquement par le degré de la constriction? Ne faut-il pas faire intervenir, à degré égal de constriction, la résistance plus ou moins grande de la paroi intestinale, suivant qu'elle est plus ou moins épaisse, que la circulation artérielle y est plus ou moins active? Je ne puis pas sur ces points donner une démonstration. Je constate donc les faits, je les signale aux chirurgiens, en lais-

sant à d'autres le soin de les expliquer s'ils le peuvent.

Je ne voudrais pas non plus laisser croire que la gangrène intestinale, avant de se confirmer, passe inévitablement par les phases que j'ai indiquées. Elle arrive quelquefois d'emblée, sans avoir été précédée par l'infiltration sanguine, et par les petites perforations. M. Jobert de Lamballe ayant constaté, dans ses expériences sur les chiens, que la gangrène avait lieu d'emblée dans les cas où le lien avait été très-serré, et qu'elle survenait, au contraire, plus lentement, à la suite des autres troubles de la circulation que nous avons signalés, dans les cas où le lien avait été modérément serré, je suis autorisé à croire que c'est l'étroitesse plus ou moins grande de l'anneau constricteur qui explique ces différences.

J'ai encore passé sous silence, une autre lésion rare consécutive à l'étranglement, parce que je ne savais pas à quelle période je devais la signaler. Dans certains cas où il n'y a ni perforation, ni gangrène au niveau du collet, il existe une rigidité circulaire de la paroi intestinale avec une perte presque complète de son extensibilité, si bien que, même après le débridement et la réduction, l'anse intestinale est sinon oblitérée, du moins trop étroite pour laisser passer les matières intestinales. Cette diminution remarquable du calibre est quelquefois consécutive à la destruction de la séreuse viscérale sur le contour de l'étranglement. Elle paraît due à un resserrement analogue à celui que présentent la plupart des conduits de notre organisation, à la suite de la destruction partielle de leurs tuniques, et du travail de réparation qui la suit. Ritsch dans les *Mémoires de l'Aca-*

démie de chirurgie et M. Guignard dans sa thèse (1846) ont signalé des exemples de cette lésion, qui a de plus été bien étudiée par J. P. Tessier, dans un travail intéressant publié en 1838, dans les *Archives générales de médecine*.

B. Lésions de l'anse intestinale étranglée, lorsqu'elle est incomplète et sans épiploon. — Ces lésions sont les mêmes et suivent la même marche que dans les cas précédents, mais chose remarquable, elles paraissent se succéder plus vite. C'est en pareille circonstance qu'on dit avoir vu les perforations et la gangrène arriver après vingt et vingt-quatre heures d'étranglement, et quelquefois plus tôt.

Cette rapidité dans la marche des lésions, qui semble donner une gravité particulière à ces hernies, désignées aussi sous le nom de pincements, a été indiquée par Richter (*Traité des hernies*, p. 228), par Louis (*Mémoire sur les hernies*, *Académie de chirurgie*), et par la plupart des auteurs depuis ces derniers.

J'aimerais à pouvoir confirmer, par les faits qui m'appartiennent, cette opinion si généralement admise, mais si je trouve un cas, rapporté dans mon mémoire de 1859, où l'anse incomplète a été perforée en moins de vingt-quatre heures, j'en trouve trois autres dans lesquels on n'a observé la perforation qu'au bout de trois ou quatre jours. Peut-être celle-ci s'était-elle produite plus tôt, mais il ne m'a pas été possible de le savoir. Je ne dissimule donc pas que c'est plutôt d'après le texte des auteurs que d'après ma propre observation, que j'admets cette rapidité plus grande de production des lésions, lorsque l'anse est incomplète. Comme, d'autre part, j'ai

trouvé cette anse incomplète sans perforation ni gangrène, chez des sujets que j'opérais après cinquante heures d'étranglement, je puis avancer qu'il n'y a encore rien de fixe à cet égard, et que dans ces cas les variétés individuelles tiennent probablement une grande place.

Les auteurs cependant ne se sont pas contenté de signaler ce fait ; ils en ont donné l'explication. Selon Richter, les lésions arrivent vite, parce que, quand il n'y a ni mésentère ni épiploon dans le sac, la pression est supportée exclusivement par la paroi intestinale que rien ne protège contre elle. Louis a ajouté que l'on trouvait souvent des lésions graves, parce que, la hernie étant petite et à cause de cela l'étranglement peu douloureux, les malades se plaignaient trop tard. Mais si ce motif peut expliquer, en effet, la fréquence des lésions, il ne rend pas compte de leur rapidité qui est probable chez certains sujets. Vidal de Cassis (*Traité de pathologie externe*) a ajouté que dans ces cas où le mésentère ne s'engageait pas dans le sac, la constriction empêchait bien plus sûrement l'arrivée du sang artériel, que dans ceux où le mésentère descendu pouvait, malgré la constriction, en laisser passer encore une certaine quantité. Ceci peut, en effet, rendre compte de la rapidité de la gangrène, mais n'explique pas aussi bien celle des perforations sans gangrène pour lesquelles la théorie de Richter serait plus acceptable.

C. Lésions des viscères lorsque la hernie est entéro-épiploïque. — Dans les cas d'entéro-épiplocèle étranglée, l'épiploon supporte la pression sur les points où il est en contact immédiat avec l'agent de l'étranglement,

c'est-à-dire à la partie antérieure et un peu sur les parties latérales du contour de ce dernier. Il semble que l'intestin recouvert et protégé par lui, doit être lésé moins gravement, ou que du moins les lésions graves, les perforations et la gangrène doivent se produire avec plus de lenteur. Je comprends donc que les auteurs classiques aient depuis longtemps émis l'opinion que dans les entéro-épiplocèles, les lésions de l'intestin peuvent être les mêmes que dans les entérocèles pures, mais que seulement elles se produisent plus tardivement. Les faits dont j'ai été témoin viennent à l'appui de cette manière de voir, car je trouve dans mes observations d'opérés, huit exemples de perforations ou de gangrène sur des sujets qui avaient une entérocèle pure, et quatre seulement sur ceux chez lesquels j'ai trouvé tout à la fois de l'intestin et de l'épiploon dans le sac.

Il est même possible que l'étranglement de l'entéro-épiplocèle soit moins fâcheux que celui de l'entérocèle pure, alors même que les lésions graves de cette dernière ne se sont pas encore produites. Ainsi, je mentionne dans mon travail de 1861 (*Archives de médecine*, février), vingt-six opérations d'entérocèles pures, sur lesquelles onze ont été suivies de mort, et dix-sept d'entéro-épiplocèles qui ne m'ont donné que six morts.

Quant à l'épiploon, il m'a paru souvent, dans mes opérations, ne pas offrir de lésion appréciable. Quelquefois je l'ai trouvé un peu plus rouge qu'à l'état ordinaire, et parfois la rougeur avait une teinte bleuâtre qui me semblait indiquer plutôt un obstacle au retour du sang

veineux qu'un état inflammatoire. J'ai rarement vu des fausses membranes et plus rarement encore du pus à sa surface ou dans son épaisseur. En somme, à part la rougeur qui m'a paru plutôt mécanique que dynamique, je ne vois pas que l'épiploon soit altéré sérieusement par l'étranglement, et il est certain du moins, que ses lésions sont d'une gravité moindre que celles de l'intestin, puisqu'elles ne préparent pas, comme ces dernières, les conditions d'un épanchement péritonéal mortel.

J'ai bien quelquefois trouvé l'épiploon qui accompagnait l'anse intestinale plus épais et plus dense que dans l'état normal, mais cet état de choses était ancien et n'avait pas été amené par l'étranglement. Il n'est pas impossible que l'on ait rencontré quelquefois du pus dans l'épaisseur de l'épiploon ou une désorganisation gangréneuse de sa trame, ainsi qu'on en cite quelques exemples empruntés aux auteurs, pour des cas d'épiplocèles pures. Mais n'ayant pas eu, dans ma pratique, l'occasion de rencontrer l'épiploïte suppurée et gangrenée, même dans les cas où les lésions de l'intestin étaient assez avancées, je puis assurer, que ces lésions sont rares et qu'elles auraient besoin, pour se produire, d'une constriction plus prononcée que celle qui a lieu habituellement dans l'étranglement herniaire. Je regrette de ne pas trouver dans la science assez d'expériences sur les animaux, pour nous mettre au courant du degré de constriction nécessaire pour faire suppurer ou pour gangréner l'épiploon, comparativement au degré qui suffit pour amener les lésions graves de l'intestin,

3° *Lésions du sac herniaire.* — Au niveau de son collet le sac herniaire prend peu à peu des adhérences avec les viscères herniés. Ces adhérences d'abord molles, ne prennent de consistance que le troisième ou quatrième jour, et cependant les tractions peuvent encore, à cette époque, les faire céder assez facilement.

Au niveau du corps de la tumeur on ne rencontre le plùs souvent au début aucune lésion sur la face interne du sac herniaire. D'autres fois, on y voit un peu de vascularisation, plus rarement quelques productions pseudo-membraneuses. Je n'y ai jamais trouvé de pus, si ce n'est dans les cas où l'intestin était gangrené, et je ne puis m'empêcher de faire remarquer combien serait bizarre cette abscence de suppuration tant dans le sac que dans l'épiploon, si la maladie était, aussi souvent que l'a voulu M. Malgaigne, une péritonite herniaire.

La cavité du sac contient habituellement une certaine quantité de liquide séreux, tantôt citrin et jaunâtre, tantôt légérement sanguinolent. Ce liquide est coloré en jaune foncé ou en rouge, dans le cas de gangrène de l'intestin ; on trouve également alors une certaine quantité de gaz.

La présence d'un liquide dans le sac est ordinaire, mais n'est pas constante. On appelle *sèches* les hernies étranglées dans lesquelles le sac n'en renferme pas. Tantôt alors et le plus souvent, les viscères restent libres et sont en contact, mais non en connexion avec le sac, tantôt, au contraire, des adhérences se sont établies entre ces parties, adhérences molles et filamenteuses, lorsqu'elles sont récentes, solides au

contraire, lorsqu'elles sont anciennes. J'ai déjà dit que ces dernières existaient plus souvent entre l'épiploon et le sac, qu'entre ce dernier et l'intestin.

4° *Lésions du côté de la cavité abdominale.* — S'il n'est pas fréquent de trouver les lésions de l'inflammation dans la cavité du sac herniaire, on les rencontre, au contraire, habituellement du côté de la cavité péritonéale, chez les sujets qui sont morts à la suite d'un étranglement. Nous devons cependant établir ici deux catégories de faits : les uns dans lesquels les lésions de la péritonite sont évidentes, les autres dans lesquels on n'en voit aucune trace.

A.— Dans les premiers on trouve les arborisations à la surface des intestins, la distension gazeuse, les fausses membranes, l'agglutination des anses entre elles, et, dans l'excavation pelvienne surtout, l'épanchement séreux ou séro-purulent, qui caractérise la péritonite franche à sa première période. J'appellerai plus particulièrement l'attention sur les adhérences qu'on rencontre au voisinage du collet du sac. J'ai dit que des fausses membranes molles, faciles à déchirer, unissaient au bout de quelques jours ce collet aux viscères ; mais de plus, la péritonite générale étant plus intense au voisinage du collet que dans le reste de la cavité abdominale, des adhérences molles unissent très-souvent en ce point les anses intestinales voisines à celle qui se trouve engagée dans l'ouverture herniaire. Ce sont ces adhérences multipliées qui, dans un certain nombre de cas de perforation, de gangrène et d'anus contre nature, ferment la communication entre l'intestin et la cavité

péritonéale, et s'opposent à un épanchement mortel.

Malheureusement cette barrière salutaire ne se forme pas toujours, et, une perforation existant, les matières intestinales ont pu s'épancher dans le péritoine. On trouve alors, outre les lésions de la péritonite ordinaire, une coloration jaune plus ou moins brunâtre du liquide accumulé derrière la vessie. Cette coloration est bien prononcée et saute aux yeux, lorsque l'ouverture intestinale est large et a laissé passer une notable quantité de matières. Elle est moins bien accusée, lorsque la perforation est étroite; il n'y a pas alors une différence assez grande entre la couleur citrine plus ou moins foncée de la sérosité simple, et la couleur de la sérosité mélangée avec le liquide intestinal pour qu'on puisse caractériser immédiatement la lésion. Il faut donc, pour compléter l'exploration, examiner attentivement l'anse intestinale, et surtout pratiquer, comme je l'ai déjà indiqué, l'insufflation. Pour cela, si la réduction a été faite avant la mort, on cherche l'anse qui a été étranglée et on la reconnaît à sa couleur plus foncée que celle de toutes les autres, et quelquefois à la présence des bosselures ou petites saillies dont il a été précédement question. Si la réduction n'a pas eu lieu avant la mort, on écarte doucement et on décolle avec précaution les anses voisines, puis, portant ses regards vers l'ouverture herniaire, on cherche s'il existe quelque perforation. En général, c'est à la partie inférieure et interne qu'on la trouve de préférence, parce que le bout supérieur, d'autant plus lourd que les liquides s'y accumulent, est entraîné dans ce sens par son propre poids, et parce

que, d'autre part, les lésions de l'étranglement se produisent plus vite dans ce point où, par le fait même de son poids, l'anse intestinale vient presser davantage contre l'ouverture.

On peut aussi trouver des gaz dans la cavité péritonéale ; mais soit que leur quantité soit assez faible, soit qu'ils aient été résorbés avant la mort, soit qu'on ne prenne pas dans l'autopsie assez de soins pour en constater la présence, le plus souvent ils échappent à l'investigation.

En somme, les sujets morts à la suite d'un étranglement intestinal ont très-habituellement une péritonite, laquelle tantôt ne paraît pas due à un épanchement intestinal, puisqu'il n'y a pas de perforation appréciable de l'intestin, tantôt s'explique par un épanchement évident. Dans ce dernier cas, la péritonite est de celles pour lesquelles on est en droit de supposer, sans pouvoir jusqu'à présent le démontrer, que la perturbation générale a été due tout à la fois à la phlegmasie de la séreuse, et à une intoxication par la résorption des matières plus ou moins délétères dont sa cavité était remplie. Dans les autres cas, on dit que les sujets sont morts d'une péritonite qui s'est étendue de proche en proche de la portion serrée de l'intestin à toute la séreuse abdominale; mais alors je me demande s'il n'y a pas eu encore quelquefois à travers la paroi intestinale altérée et surtout amincie, passage par exosmose d'une certaine quantité de gaz intestinaux dans la séreuse, et résorption nuisible de ces gaz.

B. — Il m'est arrivé quelquefois, dans les autopsies de

sujets morts à la suite d'un étranglement herniaire, pour lequel, il est vrai, l'opération du débridement avait été pratiquée et l'intestin réduit, de trouver le péritoine absolument exempt des lésions qui caractérisent la péritonite. J'ai bien, dans deux cas, remarqué une de ces perforations larvées, dont j'ai déjà parlé, qui pouvait avoir laissé passer dans le péritoine les gaz intestinaux, et dans un autre, un amincissement qui pouvait avoir permis cette exosmose encore problématique, et qui attend sa démonstration d'expériences faites sur les animaux. Mais comme ces causes de mort ne sont pas suffisamment prouvées, et comme je ne puis les invoquer pour les cas dans lesquels l'intestin bien examiné n'offrait aucune lésion qui eût pu les faire admettre, il faut bien croire que l'étranglement amène quelquefois la mort sans péritonite d'aucune espèce, et en occasionnant dans l'économie une perturbation générale. Ici cependant se place une dernière remarque, c'est que je n'ai été frappé de cette absence de péritonite que sur les sujets dont la hernie avait été opérée ; n'ayant pas eu l'occasion d'en ouvrir qui fussent morts avec un étranglement non opéré, je ne suis pas autorisé à assurer que les choses se passent alors de la même façon, et je suis obligé de me demander si l'opération elle-même n'a pas contribué à la mort, pour une certaine part, dans les faits qu'il m'a été donné de rencontrer.

§ 2. — **Étiologie.**

Ici nous aurons à examiner trois choses: 1° les causes présumées de l'étranglement ; 2° les causes du degré

plus ou moins grand de la constriction; 3° son mécanisme.

1° *Causes présumées.*—Les unes sont prédisposantes, les autres occasionnelles.

Toutes les hernies peuvent s'étrangler, mais les petites y sont plus exposées que les moyennes, et celles-ci plus que les grosses. La contention habituelle par un bandage, ou par les seuls efforts de la nature est une cause prédisposante. En effet, pendant tout le temps que la hernie ne sort pas, le tissu des anneaux accidentels et celui du collet du sac ont le temps de se resserrer, de se condenser, de perdre leur extensibilité, et il peut se faire qu'au moment où la hernie sort de nouveau, elle rencontre des ouvertures plus étroites et plus rigides qu'autrefois. J'ai déjà dit, en parlant des hernies habituellement irréductibles, que leur présence continuelle dans les trajets herniaires entretenait la dilatation et la souplesse de ces derniers; il en est de même pour les hernies réductibles, mais habituellement sorties, ce qui n'empêche pas ces dernières de s'étrangler encore quelquefois, lorsque, par exemple, leur contenu vient à augmenter tout d'un coup.

Le *sexe* ne me paraît pas avoir par lui-même une influence prédisposante. Je trouve dans mes relevés et dans ceux qui ont été publiés par Textor (*Journal de chirurgie de Malgaigne*, t. I), un nombre à peu près égal d'hommes et de femmes, atteints d'étranglement, quoique d'une manière générale les hernies soient plus fréquentes chez les hommes. Cela tient à ce que les femmes ont surtout des hernies crurales, et que celles-ci

étant habituellement petites, ne sortant pas constamment et s'échappant par des ouvertures fibreuses, présentent des conditions favorables à la production de l'étranglement.

M. Malgaigne a signalé encore parmi les causes prédisposantes, l'humidité de l'atmosphère. Je n'ai pas porté assez d'attention sur cette partie de l'étiologie pour trouver dans le relevé de mes observations la confirmation de cette opinion. Mon expérience personnelle ne me permet non plus de rien affirmer sur l'influence que peut avoir un repas récent.

Comme cause occasionnelle principale, j'ai à signaler un effort sous l'influence duquel la hernie reparaît, après avoir été plus ou moins longtemps contenue, ou augmente tout à coup de volume au moment où elle était soit imparfaitement réduite, soit incomplétement maintenue par un bandage mauvais ou mal appliqué.

2° Les causes qui prédisposent le plus à l'étranglement, prédisposent en même temps à la constriction plus grande. Ainsi, quoique j'aie trouvé des exceptions, il m'a paru cependant que les hernies les plus petites présentaient l'étranglement le plus serré ; que les hernies habituellement réduites et contenues, et qui étaient sorties par hasard étaient plus fortement étranglées que les hernies souvent ou ordinairement sorties.

Je n'admets pas, et je m'en suis déjà expliqué précédemment, que les hernies très-volumineuses ou de moyen volume, que les hernies non contenues et fréquemment sorties, soient incapables de s'étrangler, et ne puis-

sent que s'enflammer. Cette doctrine est démentie par l'observation clinique qui nous permet de voir, de temps à autre, des hernies de ce genre très-violemment étranglées, et elle conduirait à de fâcheuses conséquences thérapeutiques, si on l'adoptait trop exclusivement. Pour rester dans des termes compatibles avec un traitement efficace, je dis que ces hernies-là s'étranglent, mais qu'en général, leur étranglement est moins serré que celui des autres.

3° *Mécanisme.* — Rien n'est plus difficile, sinon à comprendre, du moins à démontrer que le mécanisme de l'étranglement, et je préviens à l'avance qu'une explication irréprochable est encore à trouver, et qu'il faut ou n'en chercher aucune ou appuyer sur quelques hypothèses celles qui ont été données. J'ajoute, qu'au lit du malade il est presque toujours impossible de savoir à laquelle on doit se rattacher.

Je trouve dans les auteurs modernes, une distinction que j'adopte provisoirement, entre un étranglement qu'on appelle *primitif* et un autre qu'on nomme *consécutif.*

A. — L'étranglement dit *primitif* est celui dont les effets se manifestent immédiatement ou très-peu de temps après la sortie de la hernie. On l'observe dans les cas rares où la hernie s'étrangle le jour où elle se produit pour la première fois. M. Malgaigne a fait observer avec juste raison que l'étranglement de cette nature n'a guère lieu que dans certaines hernies inguinales congénitales, celles dont le sac est formé par la tunique vaginale non oblitérée, mais présentant dans un point

de son trajet un resserrement considérable qu'on peut regarder comme un commencemet d'oblitération.

On l'observe aussi dans certains cas où la hernie se reproduit, après être restée quelque temps réduite, et on peut le rencontrer encore dans ceux où la hernie qui a continué à descendre de temps en temps, est tout à coup descendue avec un volume plus considérable que celui qu'elle avait habituellement, soit parce que sous l'influence d'un nouvel effort, il s'est ajouté à l'intestin une nouvelle quantité d'épiploon, soit parce que l'anse intestinale est descendue plus longue, soit, enfin, parce que deux anses se sont précipitées à la fois dans le sac herniaire.

Il n'y a pas alors, dit-on, de lésions préalables telles que celles de l'état inflammatoire. L'étranglement se produit d'emblée et voici probablement comment les choses se passent. Par suite de l'effort violent qui pousse l'intestin au dehors, ce dernier accompagné ou non par l'épiploon, dilate brusquement et fait céder les parties les plus étroites et les plus résistantes du trajet herniaire. Celles-ci reviennent sur elles-mêmes après avoir été dilatées, et s'appliquent étroitement sur les viscères déplacés. Ce mécanisme se comprend tout d'abord assez bien; mais quand on tient compte de la rigidité du collet du sac et des anneaux fibreux accidentels, on ne voit pas comment l'intestin a pu passer avec le volume que nous lui trouvons presque toujours. Ce volume est dû surtout au gaz qui le distend, et je crois volontiers que ce gaz en arrivant dans la hernie a joué un rôle dans le mécanisme de l'étranglement primitif. Ici

je rencontre une théorie d'O'Beirn de Dublin, à laquelle on n'a pas prêté une grande attention, parce qu'il en déduisait un mode de traitement (l'introduction d'une sonde dans le gros intestin pour évacuer les gaz) dont l'insuccès est devenu très-vite évident, et aussi parce qu'il n'a pas suffisamment expliqué sa pensée dans un article reproduit en 1838 par le *Journal des Archives* (tome III). Voici comment M. Guyton a exposé cette théorie dans un travail qui a le mérite d'être beaucoup plus clair. Au moment où une anse intestinale se déplace pour venir dans une hernie, le diaphragme et les muscles abdominaux poussent avec violence un courant de gaz dans sa cavité. Ce gaz qui entre brusquement par le bout supérieur dilate rapidement l'anse intestinale et s'y accumule, tant parce que l'effort l'y pousse, que parce qu'il trouve de la difficulté à s'engager dans le bout inférieur dont l'entrée est bientôt fermée par la compression qu'exerce sur elle le bout supérieur distendu. Sans doute, il est impossible de démontrer chez l'homme que les choses se passent de cette façon, et je ne dissimule pas que nous nous trouvons ici, comme il nous arrive si souvent pour l'étranglement herniaire, en face d'une hypothèse. Je ne veux pas le cacher, mais je ne dissimule pas non plus que cette hypothèse me sourit parce qu'elle me donne le moyen de comprendre une difficulté insoluble sans elle, et parce que, d'autre part, l'expérience suivante indiquée par O'Beirn et que j'ai souvent répétée devant les élèves, en fait pressentir la justesse : on fera, dans un carton épais de trois millimètres environ, un trou de la largeur

d'une pièce de 50 centimes, et l'on engage dans ce trou une anse intestinale de manière à avoir la convexité d'un côté du trou et les deux bouts du côté opposé. On engage une sonde dans l'un de ces bouts, on la maintient avec une ligature et l'on pratique l'insufflation. Tant qu'on souffle lentement, l'air passe du bout supérieur dans l'inférieur et l'anse n'est pas incarcérée; mais si l'on vient à souffler fort et à établir ainsi un courant rapide, l'anse se distend promptement au delà du trou, l'air ne peut plus passer dans le bout inférieur et ne peut même regagner celui par lequel il est entré qu'au moyen d'une pression forte et prolongée. Par le fait même de la distension, l'anse intestinale vient s'appliquer sur le contour de l'ouverture, et s'y trouve étranglée. Comme, dans les hernies étranglées, nous trouvons toujours l'intestin distendu par le gaz, il est permis de croire que les choses se sont passées de la même façon que dans l'expérience de la carte, c'est-à-dire que l'intestin s'est étranglé lui-même en venant s'appliquer contre les contours résistants, au moment où s'est engagé tout d'un coup un rapide courant de gaz dans son intérieur.

Il va sans dire que cette intervention de l'accumulation gazeuse suppose comme condition indispensable l'intervention de l'action musculaire. Ce sont les muscles abdominaux qui poussent l'intestin vers les ouvertures herniaires et y font circuler un courant gazeux au moment des grands efforts. Mais faut-il admettre avec M. Guyton (*Arch.*, 4ᵉ série, t. XVIII) que non-seulement les muscles abdominaux se contractent au moment de l'effort, mais aussi qu'ils entrent en contraction perma-

nente, en contracture, ce qui a pour résultat de diminuer la capacité abdominale et d'apporter ainsi une part d'obstacle à la rentrée du gaz accumulé dans l'anse intestinale ? Ou vaut-il mieux accepter cette opinion émise par M. le docteur Bertholle dans sa thèse (Thèses de Paris, 1858, n° 61), que la contraction n'est pas permanente, mais qu'elle reparaît sous l'influence des mouvements volontaires, et surtout sous l'influence de la douleur spontanée ou de celle que font naître les pressions exercées avec la main ? Il me paraît impossible de répondre à ces questions par l'observation clinique, attendu que le toucher nous rend imparfaitement compte du degré de tension et de relâchement des muscles abdominaux. J'aime donc mieux ne pas approfondir davantage ces hypothèses, qui ne sont d'ailleurs pas nécessaires pour comprendre le rôle de l'accumulation gazeuse dans le mécanisme de l'étranglement.

B. — Dans l'étranglement nommé *consécutif*, on suppose que l'épiploon et l'intestin s'enflamment d'abord, non-seulement à leur surface séreuse, mais dans toute leur épaisseur ; que l'augmentation de volume résultant de cette inflammation a pour effet d'amener, entre les parties herniées et les contours résistants placés au niveau du collet, une disproportion d'où résulte la constriction des premières. Cette théorie a quelque chose de rationnel, et je comprends que Richter, Pott, Boyer l'aient adoptée (sans pourtant la développer bien clairement), et aient accepté l'idée de l'étranglement inflammatoire dont nous avons déjà parlé tant de fois. Mais cherchons si ce mécanisme est démontrable par les faits. Je vois bien, en

opérant des hernies étranglées, ou en les examinant sur le cadavre, quelques-unes des lésions de l'inflammation : rougeur, épaississement de la paroi intestinale, épanchements plastiques, petits abcès, etc. ; mais je ne vois pas une augmentation de volume suffisante pour me faire comprendre l'étranglement. Sur l'épiploon cette augmentation est loin d'être évidente, je l'ai déjà dit ; sur l'intestin je trouve un peu d'épaississement des tuniques, mais il n'est vraiment pas assez considérable pour amener entre les parties contenantes et les parties contenues une disproportion qui rende compte de l'étranglement. De plus, à l'époque où je constate ces lésions, combien il m'est difficile de savoir si elles ont précédé et causé l'étranglement, ou si elles en sont un effet ! Plus j'y songe, et plus je me trouve amené à ne voir prédominer comme cause d'une augmentation de volume, capable de produire cette disproportion, que la distension trop grande de l'anse herniée par les gaz, et comme cette distension n'est pas, d'une manière évidente, l'effet d'un travail inflammatoire, mais semble occasionnée bien plus souvent par un effort, je ne puis admettre l'étranglement consécutif, aussi facilement que l'ont fait la plupart des chirurgiens.

Je ne me dissimule pas d'ailleurs que cet engouement gazeux qui me paraît rendre un compte satisfaisant du mécanisme de l'étranglement, n'est pas lui-même assez bien démontré par l'expérience de la carte, et par la distension dans laquelle nos opérations nous permettent de trouver les anses intestinales, pour que je sois autorisé à donner cette théorie comme irréfutable, et surtout à

en tirer des applications cliniques. J'ai voulu seulement, tout en indiquant mes tendances et les motifs sur lesquels elles reposent, montrer qu'il n'y avait pas lieu de croire la question de l'étranglement consécutif aussi claire qu'on l'a supposé de nos jours.

On pourrait, d'ailleurs, exposer autrement le mécanisme de l'étranglement consécutif, en disant que les parties herniées s'enflamment sans beaucoup augmenter de volume, que le sac herniaire s'enflamme aussi, mais que les contours circulaires fibreux ou fibro-celluleux, participant à cette inflammation propagée vers eux, se resserrent, soit par suite d'un certain degré de gonflement, soit par le fait de la rétraction dont Gerdy avait admis l'existence dans les tissus fibreux accidentels soumis au travail de l'inflammation. Les agents de l'étranglement auraient alors un rôle actif au lieu d'un rôle passif, que j'ai dû leur supposer jusqu'à présent. Mais, hélas ! cette théorie, qui me séduirait beaucoup, ne s'appuierait encore sur aucun fait anatomique et clinique, et il faut jusqu'à démonstration l'abandonner.

Pour ce même motif, je laisse de côté l'intervention de l'action musculaire, telle que l'avait comprise Scarpa dans la description de l'étranglement spasmodique. Si nous avons de la peine à admettre avec MM. Guyton et Bertholle une contraction permanente ou intermittente qui s'opposerait à la rentrée dans le ventre du gaz dont est remplie l'anse intestinale, à plus forte raison ne pouvons-nous admettre que la contraction de ces mêmes muscles abdominaux puisse resserrer l'anneau inguinal externe. Remarquons, d'ailleurs, combien cette opinion

est erronée, lorsqu'il s'agit de l'anneau inguinal interne, et des ouvertures de la hernie crurale, qui n'ont que des connexions éloignées avec les muscles abdominaux. Heureusement ce point de départ si faux de la théorie de Richter nous permet de ne pas nous arrêter beaucoup à l'étranglement spasmodique. Il faudrait de longs développements pour montrer les erreurs et les incertitudes cliniques laissées par cet auteur, dans la symptomatologie et le diagnostic de cette prétendue variété d'étranglement (1).

(1) Au moment où nous allions terminer cette publication, M. Chassaignac a fait paraître dans la *Gazette médicale de Paris*, n°s des 20 et 27 février et 20 mars 1864, un mémoire sur le mécanisme de l'étranglement des hernies. L'idée que notre savant collègue cherche à vulgariser est celle-ci : Dans un certain nombre de cas, l'étranglement des hernies n'est pas formé par un anneau circulaire ; il est dû à la pression de l'anse herniée formant une sorte de coude sur une arête que présente un des points de l'ouverture herniaire, sur le ligament de Gimbernat, par exemple, lorsqu'il s'agit de la hernie crurale. M. Chassaignac l'appelle *étranglement par vive arête* Il admet volontiers d'ailleurs qu'au bout d'un certain temps l'inflammation provoquée par la pression de l'anse coudée sur la vive arête amène un gonflement d'où résulte une constriction circulaire, consécutive à la constriction partielle qui existait d'abord.

M. Chassaignac donne, en faveur de cette manière de voir, deux arguments principaux : le premier, que dans bien des cas les lésions de l'intestin sont plus prononcées du côté où se trouve un rebord fibreux très-saillant, du côté interne, par exemple, dans la hernie crurale ; le second, qu'il a pu, dans plusieurs opérations, introduire assez facilement une sonde de femme entre l'intestin et le collet du sac, une fois le corps de ce dernier ouvert.

Ce dernier argument m'a quelque peu surpris et m'embar-

C.—Il est un autre point du mécanisme de l'étranglement que j'ai déjà abordé dans ma thèse d'agrégation, et qui n'a cessé de me préoccuper depuis cette époque. C'est celui qui consiste à savoir si l'étranglement, une fois commencé, augmente peu à peu pendant un certain nombre de jours, et s'il est ensuite susceptible de diminuer dans certains cas, de manière à permettre la réduction, jusque-là empêchée

Ici encore je ne puis donner une solution rigoureuse,

rasse, car le fait qu'il indique me paraît s'être présenté bien rarement à mon observation. Je n'ai pas songé, je l'avoue, à mettre une sonde, mais j'ai eu, dans tant de circonstances, de la difficulté à passer le bistouri pour débrider, que je n'aurais pas cru l'ouverture assez large pour laisser passer une sonde de femme. Je ne vois cependant pas que le fait soit absolument contraire à l'idée d'un étranglement circulaire : car, tant que cet étranglement n'est pas extrême, il est peut-être possible de comprimer et d'aplatir assez l'anse herniée au niveau du pédicule, en refoulant les gaz, pour passer le corps étranger entre elle et le collet du sac.

La théorie nouvelle de M. Chassaignac me préoccuperait beaucoup et je lui ferais, sans doute, dès à présent quelques objections, si l'auteur en avait tiré des conclusions thérapeutiques. Mais il n'en est rien. Son étranglement par vive arête ne paraît pas avoir de symptômes spéciaux. L'auteur n'indique pas non plus de traitement particulier ; il paraît croire un large débridement aussi nécessaire que dans les autres cas. Je ne vois, par conséquent, aucun inconvénient à attendre, pour juger cette question plutôt théorique que clinique, les résultats de l'observation et de l'expérience ultérieures.

L'impression qui résulte de tout ce que j'ai vu jusqu'à présent est que l'étranglement est circulaire d'emblée, et que les cas dans lesquels il y a vive arête sont ceux où un des points de l'anneau circulaire est plus tranchant et plus rigide que les autres.

et je le regrette, car il serait utile de pouvoir ajouter sans arrière-pensée à toutes les bonnes raisons que je donnerai plus loin contre la temporisation, celle-ci : que plus on attendra, plus la constriction augmentera et plus ses effets deviendront fâcheux.

Voici du moins les faits qui m'ont frappé, et qui, à défaut de démonstration complète, me font pencher vers l'opinion de l'accroissement de la constriction pendant quelques jours. Dans les trop rares occasions où j'ai été appelé pour un étranglement de quelques heures, même lorsqu'il s'agissait de petites hernies crurales, j'ai fait la réduction assez facilement pendant ou sans le sommeil anesthésique. Dans celles, au contraire, où j'ai été appelé à faire le taxis après vingt-quatre heures et plus d'étranglement, j'ai dû déployer plus d'efforts et employer plus de temps. Pourquoi cette différence? Ne tient-elle pas à ce que dans les premiers cas la constriction était moins forte, et que dans les seconds elle l'était davantage ? N'est-il pas permis de penser que cet épaississement léger de la paroi intestinale et de l'épiploon, qui m'a paru insuffisant pour expliquer à lui seul le point de départ de l'étranglement, est cependant assez prononcé pour amener consécutivement une disproportion plus grande entre le volume des parties contenues et les dimensions des ouvertures herniaires? Combien, aussi, il nous serait utile de pouvoir admettre sans contestation, la rétraction progressive des tissus blancs dont je parlais tout à l'heure, et combien je serais tenté, vu l'utilité pratique de cette doctrine de l'étranglement progressif, de faire ce qu'ont fait mes devanciers

pour l'engouement, pour le spasme, pour le pseudo-étranglement, c'est-à-dire de donner pour des réalités mes suppositions et les vues de mon esprit. Maïs je saurai me retenir sur cette pente dangereuse. Je me suis fait un devoir d'exposer l'état de la science sur les hernies étranglées, d'indiquer les choses telles qu'elles s'offrent à notre observation, et de ne présenter les hypothèses et les théories que comme des aperçus à étudier. Je ne faillirai pas à cette tâche, qui m'amène à montrer qu'il existe bien plus de lacunes et de doutes sur ce sujet qu'on ne l'avait cru, mais qui me permet aussi de poser, pour les travailleurs de l'avenir, les questions à élucider.

Voyez, d'un autre côté, à quelles difficultés nous conduit cette étude du mécanisme de l'étranglement. Je tends à croire que l'étranglement augmente généralement pendant quelques jours; mais en présence des faits, je suis obligé d'admettre aussi qu'il peut bien quelquefois (il vaut mieux dire rarement) diminuer après avoir augmenté. Que voyons-nous en effet de temps en temps? Des hernies sont rebelles à la main du malade, à celle même d'un chirurgien peu expérimenté ou qui ne sait pas employer le chloroforme; elles restent avec les apparences de l'étranglement pendant deux, trois et quatre jours, puis au bout de ce temps, elles rentrent seules ou sous l'influence de la moindre pression.

Que s'est-il passé dans ces cas singuliers? Les partisans du pseudo-étranglement ne manquent pas de répondre qu'il n'y avait alors que de l'inflammation, que cette inflammation pendant sa période d'augment

s'est opposée à la réduction, qu'une fois la période de déclin arrivée, la hernie a pu rentrer. Cette explication est assez séduisante en effet; mais je répète encore que je ne comprends pas l'inflammation empêchant la réduction sans donner l'étranglement. J'ajoute qu'à ma connaissance, ces phénomènes se sont produits chez des sujets placés, d'après M. Malgaigne, dans les conditions les plus favorables à l'étranglement vrai, celles d'une hernie inguinale peu volumineuse, maintenue habituellement, sortant rarement. J'admets dans les cas de ce genre un étranglement incontestable, lequel s'amoindrit à un certain moment. J'ai une explication très-claire pour quelques-uns d'entre eux; je n'en ai pas d'évidente pour les autres. L'explication est bien claire lorsque l'anse étranglée vient à se perforer, alors le gaz qui la remplit s'épanche en partie dans le sac, l'intestin diminue et rentre aisément, et la mort vient bientôt démontrer ce qui s'est passé. L'explication manque pour les autres cas, ceux de réduction tardive suivie de guérison. Est-ce parce que l'anse intestinale s'est déplacée, et a pris au niveau du collet une situation qui a permis à une portion du gaz de rentrer dans le bout inférieur? Est-ce parce que les parties étranglées présentaient un certain gonflement qui a diminué peu à peu, malgré la persistance de l'agent de l'étranglement dans son état primitif? Est-ce enfin parce que l'anneau constricteur serait devenu, contrairement à ce qui s'observe d'ordinaire, plus mou et plus extensible, par suite de l'afflux des liquides? Je ne puis rien affirmer, parce que je ne puis rien démontrer. Je préviens

seulement que ces faits-là sont exceptionnels, impossibles à prévoir dans la pratique, et je dirai plus loin qu'il serait imprudent de baser sur eux un précepte thérapeutique.

Je me résume sur le mécanisme de l'étranglement, en disant que, pour moi, ce sujet est encore obscur, que dans l'état actuel de la science, je considère l'étranglement primitif comme plus fréquent que l'étranglement consécutif, que je l'explique tout à la fois par la résistance des anneaux fibreux ou du collet du sac, et par la distension exagérée de l'intestin par les gaz, et qu'enfin, selon toute probabilité, le degré de la constriction augmente peu à peu pendant les premiers jours, sans que je puisse dire si cette augmentation est due à la sécrétion d'une nouvelle quantité de gaz qui accroît le volume de l'anse herniée, ou à un certain degré de rétraction du tissu fibreux accidentel, ou si, par hasard, il faut invoquer ces deux causes à la fois.

§ 3. — **Symptômes.**

Les symptômes de l'étranglement herniaire sont fonctionnels et physiques.

J'étudierai les uns et les autres successivement du côté de la tumeur, du côté du ventre et du côté des autres parties de l'organisme.

1° *Du côté de la tumeur.*— Nous avons comme signe fonctionnel principal, et qui se remarque dès le début de la maladie, la douleur. Elle est spontanée, en ce sens que le malade la ressent alors même qu'il n'est soumis à aucune pression, et qu'il ne remue pas. Mais elle se

réveille et devient plus vive, lorsqu'on presse sur la tumeur. Si l'on pratique la pression successivement sur ses divers points, on constate que la plus grande douleur existe au niveau du pédicule, c'est-à-dire à l'endroit où la constriction est exercée.

Nous avons, comme signe physique capital, la consistance. La tumeur résiste sous la main, au lieu de céder, comme fait une hernie non étranglée, dont les fluides sont aisément refoulés vers la cavité abdominale. Elle est tendue, un peu élastique, résistante. Cette sensation qu'on apprécie, malgré la présence d'une certaine quantité de liquide dans le sac, est due sans contredit à la distension de l'anse intestinale par des gaz que la pression est impuissante à refouler à cause de l'obstacle apporté par l'anneau constricteur. Elle se transmet même à travers l'épiploon, et il faut que ce dernier soit bien volumineux pour empêcher de l'apprécier. Quelquefois on trouve une sensation de fluctuation, mais il m'a toujours été impossible de déterminer si cette sensation était donnée par le liquide du sac ou par le gaz qu'on déplace dans l'intestin. Quelquefois la pression exercée à pleine main permet de sentir le gargouillement, mais il faut pour cela que l'anse intestinale soit très-longue. On sent rarement ce gargouillement dans les petites hernies.

2° *Du côté du ventre.* — Les signes fonctionnels prédominants, sont : *A*. la douleur abdominale (coliques) s'irradiant dans tout le ventre, mais ayant son point de départ et son maximum d'intensité au niveau et au voisinage du pédicule ; elle est également spontanée, est

augmentée par les mouvements, quelquefois, mais pas toujours, par la pression; *B*. les nausées, les vomissements qu'on observe ordinairement dès les premières heures, et qui, plus tard, persistent chez les uns, diminuent chez les autres.

Les matières vomies sont habituellement alimentaires au début, puis muqueuses et bilieuses. Certains malades ne vomissent que les boissons; ils les rejettent peu d'instants après les avoir ingérées, et ne vomissent de nouveau que s'ils boivent de nouveau. D'autres vomissent, outre les boissons, des matières muqueuses et bilieuses. Tous ont une répugnance absolue pour les aliments.

Si l'étranglement se prolonge plusieurs jours, trois, quatre, cinq jours, souvent les matières vomies changent de caractère. Venues de l'intestin grêle et remontées dans l'estomac avant d'être rejetées, elles sont d'un jaune foncé, quelquefois brunâtres, et souvent mêlées avec ces parcelles verdâtres que forme dans le tube digestif le mélange des débris alimentaires, des mucosités et de la bile. Ces parcelles se déposent au fond du vase, quand il s'est passé un certain temps depuis le vomissement, et on les trouve en transvasant avec précaution les matières rejetées. Le malade indique lui-même le goût et l'odeur désagréables de ces vomissements. Il en compare le goût à celui de la viande pourrie, l'odeur à celle des boyaux d'animaux. Cette odeur ressemble en effet à celle qu'exhale l'intestin grêle dans nos amphithéâtres, mais ce n'est pas l'odeur des matières fécales.

Les auteurs ont appelé ces vomissements *stercoraux*,

M. Malgaigne les a nommés avec plus de raison *féca-loïdes*. En effet, ce ne sont pas des matières du gros intestin qui sont ainsi rejetées, ce sont celles de l'intestin grêle.

Les malades ont souvent des éructations ; le hoquet survient, non pas le premier jour, mais le troisième ou le quatrième.

Il n'y a ni déjections alvines, ni émission de gaz par l'anus. Certains sujets, au début des accidents, vont à la garderobe, le plus souvent à la suite d'un lavement ; ils rendent des matières qui étaient contenues dans le gros intestin, mais plus tard ils ne rejettent plus rien. Quelques-uns sont tourmentés par une sensation douloureuse, qui ressemble au besoin d'aller à la selle, mais ils ne rendent rien ou seulement le liquide du lavement que cette sensation non satisfaite les a portés à prendre.

La paroi abdominale conserve dans le principe son apparence habituelle. Je n'ai même pas remarqué qu'elle fût tendue et résistante, comme la théorie de M. Guyton semblait l'indiquer. Mais au bout de deux ou trois jours elle est soulevée, bombée et plus résistante, et comme ces phénomènes sont dus à l'accumulation de plus en plus grande des gaz retenus dans l'intestin au-dessus de l'étranglement, on exprime ce symptôme physique, en disant que le ventre est ballonné.

3° *Du côté des autres fonctions.* — Chez beaucoup de malades, pendant les premiers jours, on n'observe rien de particulier. La circulation, la respiration, la calorification, l'expression de la face sont à l'état normal. Ce calme apparent est surtout remarquable dans la hernie

crurale. Chez d'autres il y a dès le début un mouvement fébrile, de la chaleur à la peau, de la rougeur au visage, mais cela est rare.

Au bout de quelques jours, au contraire, on remarque un ralentissement et un affaiblissement du pouls. L'expression faciale change, et prend le caractère grippé. Plus tard encore on constate une diminution notable de la calorification ; les malades ont froid à l'extrémité du nez, aux pieds et aux mains. Quelquefois on voit survenir un certain degré de cyanose, ce qui, avec le ralentissement du pouls et la réfrigération, donne au patient l'aspect cholérique. Quelques sujets ont même des crampes, et leurs urines se suppriment. Il est curieux de voir, malgré ces symptômes cholériformes qui indiquent un état général grave, un certain nombre de malades guérir.

Si les symptômes ci-dessus indiqués existaient tous à la fois, s'ils se succédaient toujours de la même manière et avec la même régularité, il n'y aurait pas de difficultés dans la pratique ; mais ils présentent, tant dans l'époque de leur apparition que dans leur intensité, des différences très-grandes, qui mettent le médecin inexpérimenté dans l'embarras.

Ainsi la douleur spontanée manque quelquefois complétement, ou est assez peu marquée pour que les malades ne se plaignent pas, et pour que l'attention du praticien ne soit pas dirigée tout d'abord vers les régions herniaires.

Les vomissements sont très-variables. Quelques individus vomissent deux, trois, quatre fois pendant les

premières heures, puis ils ne vomissent plus du tout et n'ont que des nausées, ou bien ils vomissent encore, mais seulement quand ils boivent. D'autres au contraire ne vomissent pas le premier jour, mais commencent à vomir le second ou le troisième.

La plupart ont des vomissements fécaloïdes au bout de trois ou quatre jours. Quelques-uns n'en ont jamais, et d'autres les ont au bout de vingt-quatre heures.

Le ballonnement, qui a une grande signification, ne se prononce habituellement que le troisième ou le quatrième jour. Souvent il y a des rémissions bizarres : on a laissé le malade avec des coliques, des nausées pénibles, des vomissements fréquents, et on le retrouve quelques heures après, tranquille, souffrant peu, ne vomissant plus, dormant quelquefois; on se laisserait volontiers aller à croire que l'état n'est pas aussi grave qu'on l'avait pensé d'abord. Puis, après un nouveau laps de temps, les symptômes reprennent de l'intensité, le facies s'altère, le pouls s'affaiblit, le ventre se ballonne; si le sujet est maigre, on aperçoit à travers la paroi abdominale les mouvements péristaltiques de l'intestin grêle.

Quant à la constipation, elle n'a de valeur que le second ou le troisième jour. Elle en aurait plus tôt, si l'on avait donné un purgatif qui n'eût pas été vomi, et si elle avait persisté malgré l'emploi de ce purgatif.

Nous devons noter que les différences individuelles portent principalement sur le facies et sur l'état général, et qu'au milieu d'elles, on découvre toujours les phénomènes les plus caractéristiques de l'étranglement herniaire, à savoir : l'irréductibilité et la douleur à la

pression du côté du pédicule, les nausées, l'absence de garderobes vraies et d'émission gazeuse par l'anus. Seulement ces phénomènes, tantôt sont bien accusés, parce qu'ils existent seuls et ont une certaine intensité, tantôt sont mal dessinés, soit parce qu'ils sont peu intenses et rémittents, soit parce qu'ils sont confondus au milieu d'autres phénomènes inflammatoires et nerveux.

Ce sont ces différences que les auteurs ont cherché à désigner sous les noms d'étranglement aigu, d'étranglement *chronique* et d'étranglement *spasmodique*.

Pour Richter et Scarpa, l'étranglement *aigu* est celui dans lequel la douleur herniaire et les coliques sont fortement accusées, les vomissements sont fréquents, les éructations, le hoquet, le ballonnement du ventre, et l'expression faciale caractéristique se montrent dans les trente-six ou soixante premières heures; c'est encore celui dans lequel le mouvement fébrile est bien prononcé. On observe des faits de ce genre, c'est incontestable, et je ne vois aucun inconvénient à les considérer comme des exemples d'étranglement aigu. Ce sont eux que MM. Malgaigne et Broca, rangeaient dans la catégorie des étranglements *vrais*, c'est-à-dire des étranglements dont on ne peut triompher qu'à l'aide du bistouri.

Mais faut-il vraiment conclure de l'intensité des symptômes et surtout de la violence de la douleur et de la fréquence des vomissements à l'intensité de la constriction et à l'impossibilité d'obtenir la réduction sans débridement? Je ne suis pas de cet avis, car il m'est arrivé quelquefois, et j'en citerai des exemples un peu plus loin, de réduire avec la plus grande

facilité, après l'emploi du chloroforme, des hernies qui donnaient lieu aux phénomènes les mieux accusés de l'étranglement aigu. La sensibilité était tellement prononcée, qu'il était impossible de faire des tentatives sérieuses de taxis. Cette sensibilité, une fois supprimée par l'anesthésie, quelques pressions modérées suffisaient pour faire rentrer la tumeur et nous montrer que la constriction n'existait pas au degré que les symptômes fonctionnels auraient pu faire supposer.

Pour les mêmes auteurs l'étranglement est lent ou chronique, lorsque les symptômes fonctionnels sont moins accusés, et c'est en pareil cas qu'ils l'ont supposé produit par l'engouement. Je me suis déjà expliqué sur ce mécanisme que j'ai rejeté. Mais j'ai admis les faits sur lesquels on avait établi cette doctrine. Il est en effet des sujets, et parmi eux se trouvent la plupart de ceux qui ont de grosses hernies et quelques-uns de ceux qui ont des hernies moyennes, chez lesquels la douleur au niveau de la tumeur et du ventre est modérée pendant plusieurs jours. Chez eux les vomissements sont rares, l'état général est peu grave, et ce n'est qu'au bout de trois, quatre ou cinq jours qu'on observe les phénomènes bien accusés de l'étranglement. Mais ici encore il ne faut pas conclure de la bénignité des accidents au degré d'intensité de la constriction, car on voit des malades chez lesquels, malgré ces apparences favorables, la hernie reste indéfiniment rebelle au taxis, et chez lesquels l'intestin n'en arrive pas moins à la perforation et à la gangrène. L'un des exemples les plus frappants de ce genre est celui d'une cuisinière de qua-

rante ans, que j'ai reçue à l'hôpital Cochin, à la fin de 1857, atteinte de hernie crurale droite étranglée depuis trois jours. Elle avait si peu de douleur et de perturbation générale qu'elle avait pu continuer ses occupations ordinaires, en déployant, il est vrai, un certain courage. La veille même de son entrée, elle avait pu, quoique faible et mal à son aise, présider à la préparation d'un dîner auquel devait assister le docteur Bégin. Ce dernier consulté, par hasard, à la fin de la soirée, fut étonné de trouver une hernie crurale très-dure et très-tendue, que des tentatives de taxis modéré ne lui permirent pas de faire rentrer. Il jugea que l'étranglement était déjà trop ancien pour l'autoriser à persister dans ses tentatives de réduction et il donna à la malade le conseil de se faire transporter tout de suite à l'hôpital. Je la vis à la visite du lendemain et ne jugeant pas prudent, à cause de l'ancienneté de l'étranglement (nous étions au milieu du quatrième jour) de revenir au taxis, je fis tout de suite l'opération. Je trouvai une anse intestinale complète, tellement serrée que j'eus beaucoup de peine à passer mon bistouri boutonné pour faire le débridement, et qu'en attirant l'intestin au dehors, je constatai sur lui un sillon circulaire correspondant au pourtour de l'étranglement. Il n'y avait, par bonheur, encore ni perforation ni gangrène, et la guérison ne se fit pas longtemps attendre.

Quant à l'étranglement spasmodique, je me suis également expliqué sur son inadmissible mécanisme. Mais il est incontestable aussi que la forme clinique, en vue de laquelle avait été créé ce mécanisme, se rencontre

quelquefois. Richter a constaté, en effet, que certains malades ont des accidents intermittents, c'est-à-dire, qu'après quelques heures de calme, les douleurs reparaissent du côté de la hernie et du côté du ventre, que pendant ce temps les circonvolutions intestinales sont le siége de contractions qui se voient à travers la paroi abdominale, qu'il survient de la dyspnée, et qu'au bout d'un temps variable ces phénomènes s'apaisent pour laisser encore le malade dans un repos de plus ou moins longue durée. C'est cette intermittence que Richter expliquait par un état spasmodique vaguement désigné, et que Scarpa, comme je l'ai dit, attribuait à la contraction musculaire.

Si l'on étudiait attentivement heure par heure les sujets affectés d'étranglement, on verrait que beaucoup d'entre eux ont de ces rémissions et présentent des phénomènes nerveux pendant les crises, et l'on pourrait, si l'on voulait, considérer l'étranglement comme spasmodique. Mais cela n'indiquerait rien de spécial, et en réalité, pour la pratique il est aussi inutile qu'impossible d'assigner des caractères particuliers à l'étranglement spasmodique.

En somme, dans la production des phénomènes de l'étranglement, il faut faire une part à l'action mécanique de la constriction, une autre à l'inflammation concomitante qui est incontestable, et une autre au retentissement sur l'économie tout entière, lequel résulte de cette double cause de perturbation générale : l'étranglement de l'intestin, et la péritonite locale ou générale qui en est la conséquence.

Mais s'il est aisé de concevoir et d'admettre cette triple cause d'altération grave de la santé, il devient très-difficile de déterminer exactement quels sont les symptômes qu'il faut attribuer plus particulièrement à l'une et à l'autre de ces causes. Sans doute, on peut regarder comme des conséquences mécaniques : l'irréductibilité et la tension de la tumeur, les vomissements, la distension du ventre par les gaz, et l'absence d'expulsion stercorale et gazeuse par l'anus. Sans doute aussi, on peut considérer comme phénomènes de l'ordre inflammatoire : la douleur de la hernie, celle du ventre, l'accélération du pouls et la chaleur de la peau. Mais comme la péritonite peut elle-même donner lieu aux vomissements, au météorisme et à la constipation, il est à peu près impossible, lorsqu'un étranglement existe, de déterminer dans quelles proportions la cause mécanique et la cause dynamique interviennent pour donner naissance à ces symptômes. Il est vrai que cela n'a pas une très-grande importance, et si j'ai soulevé cette question, c'est pour montrer une des difficultés qui se présentent à ceux qui, au lit du malade, cherchent dans les symptômes fonctionnels un moyen de diagnostic entre l'étranglement et l'inflammation.

Quant à l'abaissement du pouls, à la diminution de la chaleur, à la dépression des forces, à l'altération des traits, il est permis de les considérer comme étant principalement déterminés par la perversion profonde qui résulte de l'arrêt de la circulation des matières intestinales.

§ 4. — Terminaisons de l'étranglement intestinal et intestino-épiploïque.

L'étranglement intestinal peut se terminer par la guérison complète, par un anus contre nature ou une fistule stercorale, et enfin par la mort ; mais le mode de terminaison étant subordonné au mode de traitement, je dois l'étudier dans les trois conditions suivantes :

1° Lorsque la maladie a été complétement abandonnée à elle-même.

2° Lorsque le taxis a été employé, mais par le patient seulement.

3° Lorsque le traitement a été fait, soit immédiatement, soit après une certaine durée de la maladie, par un chirurgien.

1° *L'étranglement est abandonné à lui-même.* — Si l'étranglement n'était pas traité, il se terminerait souvent par la mort. J'aimerais à donner à ma pensée une formule plus précise, en disant dans quelle proportion la mort aurait lieu, mais je ne suis pas en mesure de le faire, parce que la plupart des hernies étranglées sont tôt ou tard soumises à un traitement. En raisonnant par analogie avec ce qui se passe dans l'étranglement interne, il est permis de croire qu'un grand nombre de sujets non traités succomberaient, et je ne serai que très-modéré en portant leur nombre à la moitié au moins. La mort s'explique d'ailleurs très-bien par cette diminution de la calorification et ce ralentissement du pouls que j'ai indiqués comme les principaux symptômes généraux de l'étranglement, par la péritonite con-

sécutive à l'épanchement des matières intestinales à travers une perforation, sans que la réduction ait été faite, par la péritonite propagée du contour de la constriction à toute la cavité abdominale.

L'étranglement non traité peut aussi se terminer par une fistule stercorale ou un anus contre nature, dont le point de départ est ou une simple perforation ou une gangrène plus ou moins étendue de l'anse intestinale, qui laisse passer dans le sac une partie du contenu de cette dernière. On voit alors, du troisième au cinquième jour, quelquefois plus tôt encore, la région herniaire gonflée devenir plus chaude et la peau se colorer en rouge. La douleur locale n'augmente pas beaucoup; elle semble même diminuer dans bien des cas, sans doute parce que le passage des matières de l'anse dans le sac diminue la constriction et, par conséquent, les douleurs. Quelquefois il survient de l'emphysème par suite de l'infiltration des gaz dans le tissu cellulaire, ou du gargouillement à cause du mélange de ces gaz, dans la cavité du sac, avec le pus et les autres liquides qui s'y accumulent. Enfin la fluctuation se prononce, l'abcès qu'on nomme alors stercoral, est bien formé, et si une incision n'est pas faite, on voit bientôt apparaître quelques phlyctènes et une ou plusieurs eschares dont l'élimination s'accompagne de l'issue d'un pus fétide, mêlé de gaz et de liquide intestinal qui lui donne une couleur verdâtre ou jaunâtre. Plus tard, on voit s'échapper des lambeaux, les uns noirs, les autres gris ou blancs, formés par des portions d'intestin, de sac ou de parties environnantes gangrenées. Les matières intestinales

continuent à s'écouler par l'orifice anormal qui n'est qu'une fistule, s'il est petit et si le malade continue d'aller assez souvent à la garderobe, qui est un anus contre nature, s'il est large et si la défécation normale manque ou a notablement diminué. Notons dès à présent, que la vie est loin d'être sauvée, dans les cas d'anus contre nature. Je montrerai, en parlant de cette affection, qu'un bon nombre de malades succombent encore au bout de quelques semaines ou de quelques mois, par suite de l'épuisement qui résulte d'une nutrition incomplète.

Enfin, il n'est pas sans exemple que la hernie étranglée, abandonnée à elle-même, se termine par une réduction spontanée qui étonne le malade et le chirurgien. Cette réduction est favorable et est un excellent mode de guérison, lorsqu'elle a lieu avant la perforation de l'intestin. Mais il peut arriver qu'une péritonite violente se déclare, que la mort survienne et que l'autopsie fasse voir que l'intestin spontanément réduit était perforé et avait laissé passer des matières intestinales dans le péritoine ; je possède une observation de ce genre.

2° *Le taxis a été employé par le malade seulement.* — Quelquefois par indifférence ou par tout autre motif, les malades n'appellent pas de chirurgien. Confiants en eux-mêmes, parce que déjà, à plusieurs reprises, ils sont parvenus à faire rentrer une hernie momentanément difficile à réduire, ils se contentent d'exercer, sans règles précises, des pressions sur la tumeur. Quelques-uns réussissent après un taxis violent souvent répété, mais à une époque où l'intestin n'offre pas des lésions assez sérieuses pour qu'un épanchement dans le péritoine ait

lieu, et la guérison est la conséquence de ces manœuvres.

D'autres malades réussissent encore à faire rentrer la hernie au bout de deux, trois ou quatre jours, mais bientôt après, la péritonite prend le caractère suraigu, et un épanchement intestinal est démontré par l'autopsie. J'ai rapporté un cas de ce genre, dont j'avais été témoin à l'hôpital de la Pitié en 1838, dans le service de Mailly, et j'en ai observé un autre exemple à l'hôpital Beaujon en 1862. La facilité avec laquelle les malades ont fait eux-mêmes la réduction, dans ces deux cas, a été des plus remarquables, et j'en ai trouvé l'explication dans cette circonstance que l'intestin était sans doute déjà perforé et que, diminué de volume par l'évacuation d'une partie de son gaz, il avait pu rentrer aisément. On n'a pas manqué de citer des faits de ce genre contre l'opinion que j'ai cherché à faire prévaloir en faveur du taxis. Mais j'ai déjà dit dans mon travail de 1863 (*Gazette des hôpitaux*) qu'il n'y avait pas la moindre comparaison à établir entre le taxis tardif et intempestif que les malades ont fait en pareil cas, et le taxis régulier pratiqué en temps opportun, sur lequel j'insiste.

Il est enfin des sujets qui, après des efforts inouïs, violents, souvent répétés, ou même après des efforts modérés, mais mal dirigés, parviennent à réduire et croient avoir obtenu un succès. Mais, hélas ! les coliques, les vomissements, la constipation opiniâtre persistent, et si le chirurgien est enfin appelé, il constate que les symptômes de l'étranglement existent encore malgré

la rentrée de la tumeur, et il reconnaît qu'il s'agit de ce que Dupuytren a nommé la *réduction en masse*, c'est-à-dire la réduction de l'intestin avec son sac, dont le collet continue à produire l'étranglement. M. Teale (*Practical disease on hernia*, 1846) a fait observer que la réduction en masse était en effet assez souvent opérée par les malades, et dans une statistique de vingt-deux cas de réduction de ce genre, il en cite cinq dans lesquels le patient avait obtenu lui-même la réduction fâcheuse dont il s'agit. Quant à moi, je n'ai eu jusqu'au 1er janvier 1864 à traiter et à opérer que deux sujets ayant présenté la réduction en masse, et tous deux avaient fait eux-mêmes la réduction. J'ai au contraire pratiqué le taxis à plus de cinquante malades, sans avoir jamais occasionné cet accident. J'en conclus que les adversaires du taxis chirurgical auraient tort à nouveau s'ils faisaient valoir contre cette méthode les exemples de réduction en masse obtenue par les malades, parce que ceux-ci n'opèrent pas avec les précautions et les règles que le chirurgien doit mettre en usage pour éviter cet accident, précautions et règles sur lesquelles j'aurai bientôt à revenir.

3° *Un traitement chirurgical a été fait.* — Parmi les sujets soumis à un traitement, il en est encore un certain nombre qui succombent, d'autres qui ont un anus contre nature, d'autres enfin qui guérissent. Mais il est bien difficile d'indiquer par des chiffres des proportions qui laissent dans l'esprit une idée juste de l'influence du traitement. D'abord, nous n'avons pas, je l'ai dit tout à l'heure, le moyen de comparer le nombre des guérisons

et des morts dans les cas où il n'y a pas eu de traitement, et dans ceux où un traitement a été fait. Ensuite, la proportion varie suivant l'époque à laquelle le chirurgien a été appelé et suivant le traitement qu'il a mis en usage. Nul doute pour moi que si l'on intervenait toujours dans les vingt-quatre heures, et si l'on savait mettre, de bonne heure, à profit le taxis tel que je l'indiquerai plus loin, on soustrairait à la mort un grand nombre de malades. Nul doute également que si l'on est appelé trop tard, à l'époque où des lésions sérieuses de l'intestin se sont produites, ou bien si, appelé à temps, on a le tort de temporiser et de laisser à ces lésions qui n'existaient pas, le temps de se produire, la proportion des guérisons est plus faible. Aujourd'hui je me contente de donner la statistique de tous les cas de hernie étranglée que j'ai observés depuis le 1er janvier 1846 jusqu'au 1er janvier 1864, en dix-huit années.

Le nombre de mes hernies intestinales, ou intestino-épiploïques étranglées est de 120. Une malade, après avoir été soumise sans résultat au taxis, a refusé obstinément l'opération et a succombé. Parmi les 119 autres que j'ai traitées à mon gré, mais d'une façon qui a nécessairement varié parce que l'étranglement était plus ou moins ancien, j'ai eu 86 guérisons et 33 morts.

Les 86 guérisons ont été obtenues, 51 par le taxis, 35 par l'opération.

Les 33 morts sont survenues, 2 après le taxis, 31 après l'opération.

J'ai été appelé à donner des soins avant cinquante heures d'étranglement à 74 malades, sur lesquels 9

seulement sont morts et 65 ont guéri, et après cinquante heures à 45 malades, sur lesquels 24 sont morts et 21 ont guéri.

§ 5. — **Diagnostic.**

Le diagnostic a pour but d'éviter deux erreurs que l'on a commises quelquefois, celle de croire à un étranglement herniaire qui n'existe pas, et celle de méconnaître un étranglement qui existe.

1° On peut croire à un étranglement herniaire qui n'existe pas, lorsqu'un malade atteint de coliques, de vomissements et de constipation, a en même temps dans une des régions où se montrent habituellement les hernies, une tumeur qui ne rentre pas sous la pression de la main. Cette tumeur peut n'avoir aucun rapport avec les hernies ou bien être formée par une hernie ancienne et adhérente, par un vieux sac herniaire vide, par une hernie graisseusse, et coïncider soit avec une péritonite spontanée, soit avec un étranglement interne. En règle générale on ne doit expliquer par une hernie étranglée, les troubles abdominaux dont on est témoin, qu'après avoir acquis la certitude que la tumeur que l'on constate était habituellement réductible, et qu'elle a cessé de l'être depuis l'apparition des troubles fonctionnels. Il est rare que ce commémoratif, lorsqu'il est demandé avec soin et précision, soit mal fourni par les malades. Si donc on apprend que la tumeur, constatée dans l'aine ou à l'ombilic, existe depuis longtemps et qu'elle ne rentre jamais, il ne faut pas cro
suite à une hernie étranglée. L'admini

purgatif et l'examen des garderobes, si ce purgatif est suivi de selles, font bientôt reconnaître qu'il s'agit non pas d'un étranglement, mais, sans doute, d'une péritonite. Mais si, le purgatif n'ayant pas donné de selles, les vomissements se montrent et continuent, on est obligé de croire à l'existence d'un étranglement quelconque, et il s'agit de décider entre un étranglement externe et un étranglement interne. Pour cela on doit renouveler l'examen de la tumeur, voir si elle est devenue douloureuse, si surtout la douleur est provoquée par la pression au niveau des parties profondes, là où se trouverait le pédicule, dans le cas où il s'agirait d'une hernie étranglée. Si, après quelques jours de maladie, la tumeur continuait à être indolente, ce serait une raison pour penser qu'il ne s'agit pas d'une hernie étranglée, et qu'on est en présence d'un étranglement interne.

Il est vrai qu'il y a ici une cause d'erreur. A la rigueur la douleur de la péritonite peut se faire ressentir jusqu'au voisinage des parties profondes d'une tumeur inguinale qui n'est pas une hernie étranglée. La pression dans ce point peut même éveiller ou exaspérer cette douleur ; c'est pourquoi, si d'autre part les vomissements sont devenus fécaloïdes, si le ventre est ballonné, si surtout on a employé sans succès les moyens conseillés contre l'étranglement interne, il est difficile de se défendre de l'opinion qu'il s'agit d'un étranglement herniaire. Heureusement, à la période que je suppose, la conséquence thérapeutique de cette opinion est peu grave, car l'incision de la tumeur, quand bien

même elle ne serait pas le siége des accidents, ne peut avoir aucun inconvénient, et en supposant même que le péritoine soit ouvert inutilement, cette lésion est sans importance, en comparaison de l'état grave dans lequel se trouve le patient.

2° On peut méconnaître un étranglement herniaire qui existe, et cette erreur, plus fréquente que la précédente, se commet de deux façons.

Tantôt on constate, il est vrai, les symptômes fonctionnels de l'étranglement, on reconnaît même comme signe physique, le ballonnement du ventre, mais on ne sait pas et l'on n'apprend pas qu'il y a une tumeur soit dans l'aine, soit à l'ombilic, et l'on attribue les accidents à une indigestion, à une entérite, à une rétention stercorale, à un iléus. Ce genre d'erreur est à peine croyable pour ceux qui n'ont observé que dans les hôpitaux, d'abord parce que les malades, au moment où ils entrent savent le plus souvent qu'ils ont une hernie, et le déclarent d'eux-mêmes, ensuite parce que les chefs de service sont trop au courant de tout ce qui concerne l'étranglement pour se laisser induire en erreur. Mais pour ceux qui sont moins exercés, pour ceux surtout qui sont appelés dans les vingt-quatre ou trente-six premières heures, c'est-à-dire à une époque où les symptômes ne sont pas toujours très-nettement accusés, l'erreur est facile à comprendre. Il me suffira d'en indiquer les causes, pour qu'on possède tout de suite les moyens de l'éviter.

D'abord, il est des sujets qui ont une hernie sans le savoir, et qui conséquemment n'en parlent pas. De ce nombre sont surtout les femmes atteintes de hernies

crurales peu volumineuses. Lorsqu'on ne les interroge pas, elles ne donnent aucun renseignement, et lorsqu'on les interroge, elles répondent bien qu'elles ont depuis longtemps une grosseur plus ou moins considérable, mais qu'elles n'ont jamais considéré cette grosseur comme une hernie, et qu'en tout cas, elles en ont toujours été trop peu incommodées pour voir là l'occasion du trouble récent de leur santé. Il en est d'autres, et ce sont encore des femmes, qui savent qu'elles ont une hernie, mais qui, n'en souffrant pas beaucoup, et ne lui attribuant aucun des accidents actuels, n'en parlent pas, à moins que par des questions pressantes on ne les oblige à s'expliquer nettement. Il en est enfin qui, retenues par une fausse honte et ne voulant se soumettre à aucune exploration, non-seulement ne déclarent pas spontanément l'existence de la tumeur, mais répondent négativement aux questions qui leur sont faites sur ce sujet.

D'un autre côté, l'attention des praticiens est assez souvent détournée de l'idée de la hernie par l'irrégularité des symptômes fonctionnels et la difficulté de les constater. Ainsi le malade a eu des nausées, mais n'a pas vomi, ou bien il a vomi il y a quelques heures, et n'a plus vomi depuis et les douleurs sont calmées au moment où l'on arrive auprès de lui. L'affection se présente, en un mot, avec des caractères bénins qui empêchent de songer à un étranglement et de se renseigner concernant la tumeur dont le malade ne parle pas. On interroge sur la constipation, mais combien de fois encore on est trompé, si l'on n'est pas sur ses gardes!

Le malade répond qu'il a été à la selle, une fois, deux fois depuis vingt-quatre heures, quoiqu'il n'en soit rien ; c'est parce qu'il a pris des lavements et qu'il considère comme des garderobes le résultat de l'expulsion de ces lavements. Le praticien inexpérimenté s'en tient à cette question, avez-vous été à la selle? et, la réponse affirmative une fois obtenue, il ne va pas plus loin. Celui qui est moins novice, mais qui n'est pas encore au courant de toutes les difficultés de la pratique, arrive bientôt à savoir que des lavements ont été pris et rendus ; pour se renseigner tout à fait, il demande bien si l'eau seule du lavement a été rejetée, mais si on lui répond qu'avec l'eau des matières stercorales ont été rendues, il s'en tient là et admet la justesse de la réponse. Cependant il douterait de la valeur de cette réponse, si, poussant plus loin ses questions, il apprenait que la chose a été jugée par le malade et les assistants plutôt à l'aide de l'odorat qu'à l'aide de la vue, et qu'on a pu être induit en erreur par la couleur qui était celle d'une décoction de séné au lieu de celle des matières stercorales.

Le praticien doit donc savoir qu'il n'a pas à attendre du patient l'indication de l'existence de la hernie, ni des renseignements bien positifs relativement aux troubles fonctionnels.

Toutes les fois qu'un malade accuse des coliques, des nausées et des vomissements sans diarrhée évidente, le devoir du médecin est non-seulement de questionner pour savoir s'il y a une hernie, mais, avec toutes les réserves nécessaires, de porter la main dans les régions inguino-crurale et ombilicale, pour voir s'il

y a dans ces points une tumeur dure et douloureuse qu'on puisse considérer comme une hernie. Relativement aux matières vomies et expulsées par l'anus, il ne doit pas s'en tenir aux renseignements qu'on lui fournit, mais se faire montrer ces matières dès la première visite, s'il est possible.

D'autres fois encore, le chirurgien sait bien qu'il y a une tumeur et que cette tumeur est une hernie, mais il méconnaît l'étranglement et explique autrement l'irréductibilité. Je ne veux pas revenir sur l'engouement et le spasme, ni sur les moyens de les distinguer de l'étranglement, puisque nous les rejetons et puisque j'ai donné toutes les bonnes raisons sur lesquelles s'appuie la chirurgie contemporaine pour ne plus s'en occuper dans la pratique.

Il n'en est pas encore tout à fait de même de l'inflammation. Je me suis prononcé contre elle, ou plutôt je lui ai assigné des limites beaucoup plus étroites que ne l'ont fait nos contemporains. Mais comme elle constitue aujourd'hui la seule théorie à l'abri de laquelle se mettent les temporisateurs, il ne sera pas inutile de la discuter de nouveau à l'occasion du diagnostic.

Je suppose donc que la tumeur actuellement irréductible avait été jusque-là réductible, et je demande sur quelles raisons on pourrait s'appuyer pour admettre qu'elle est simplement enflammée.

Pour M. Malgaigne nous savons que la réponse n'est qas très-difficile. La hernie n'est qu'enflammée lorspu'elle est grosse, lorsque antérieurement elle n'était pas contenue par un bandage, lorsque enfin on peut pas-

ser le petit doigt entre l'anneau de la paroi abdominale et le collet de la tumeur. J'admettrais volontiers ces moyens de diagnostic, si, dans ces circonstances, on rencontrait en effet toujours une maladie bénigne, et qui pût, sans inconvénient, être abandonnée à elle-même. Mais j'ai observé des faits qui prouvent le contraire. Ainsi en 1857, j'ai été appelé par MM. les docteurs Jacquemin et Mavré auprès d'un homme de 52 ans qui avait une tumeur péri-ombilicale grosse comme les deux poings, avec coliques, vomissements bilieux et absence complète de garde-robes depuis trois jours. Non-seulement la tumeur était très-grosse, mais encore elle avait toujours été fort mal contenue par un bandage qui, comme la plupart des bandages ombilicaux, laissait à tout instant passer la hernie. Il y avait bien là deux des caractères assignés par M. Malgaigne aux hernies enflammées. Il est vrai que le troisième, le passage du doigt entre l'anneau et le collet manquait, mais cela pouvait tenir à ce que la tension de la peau par la tumeur étalée au-dessous d'elle, s'opposait à l'introduction du doigt. Malgré les motifs qui auraient pu faire croire à une inflammation, le malade a fini par avoir des vomissements fécaloïdes ; je l'ai opéré et j'ai trouvé deux longues anses intestinales, perforées l'une et l'autre à leur jonction avec les bouts supérieur et inférieur (en tout quatre perforations), et j'ai pu constater avant le débridement un étranglement des plus serrés. Sans doute les vomissements fécaloïdes auraient fait admettre à presque tout le monde et à M. Malgaigne lui-même l'existence de l'étranglement, quoique des

partisans exagérés de l'inflammation herniaire aient considéré ces vomissements comme un des symptômes possibles de l'inflammation. Mais avant l'apparition des vomissements fécaloïdes et de l'état général grave qui les a accompagnés, on aurait cru à tort à l'existence d'une péritonite herniaire, puisque l'étranglement était assez serré pour avoir pu amener quatre perforations dans l'espace de quatre jours.

J'ai publié, dans mon relevé de 1862, l'observation d'une femme qui avait une énorme hernie inguinale gauche, avec des symptômes locaux et généraux beaucoup plus graves que ceux d'une simple inflammation, et qui a succombé peu d'heures après une réduction par le taxis. Là encore, on aurait pu pendant les premières heures, à cause du volume de la tumeur, croire à une simple inflammation, et cependant il existait bien un étranglement et des plus graves.

J'ai encore opéré deux grosses hernies inguinales, dans lesquelles j'avais pu passer le doigt entre l'anneau et le collet, et j'ai parfaitement constaté, avant de débrider, un étranglement des plus serrés par le collet du sac, une fois chez un vieillard de 62 ans, l'autre fois chez un vieillard de 80 ans.

Il y a donc de grosses hernies pour lesquelles la démonstration de l'étranglement m'a été fournie de la façon la plus péremptoire. Du moment où il en est ainsi, ce n'est pas d'après le volume, l'ancienneté, la non-contention de la tumeur, que devrait être établi le diagnostic de l'inflammation. Sur quels symptômes dès lors pourrait-on se fonder pour l'admettre? Est-ce sur

la bénignité apparente des symptômes fonctionnels? M. Malgaigne ne s'est pas expliqué à cet égard, mais ceux qui ont adopté ses idées ont, ainsi que je l'ai dit, été beaucoup plus loin que lui, et ils ont admis l'inflammation, non-seulement pour les hernies grosses et anciennes, mais encore pour des hernies petites et moyennes, et ils ont signalé comme signes importants de cet état, les vomissements rares, les douleurs modérées, la conservation d'un état général assez bon. Mais je l'ai déjà dit, rien n'est plus trompeur que cette bénignité apparente, et je pourrais citer plusieurs cas dans lesquels, malgré cette bénignité, j'ai constaté, en opérant, une constriction des plus fortes, ou bien des perforations et des gangrènes qu'il était impossible d'attribuer à autre chose qu'à l'étranglement.

Presque tous les malades offrent à un certain moment cette bénignité apparente. Pendant les vingt-quatre premières heures, les uns ont peu de souffrances et de rares vomissements ; les autres, après avoir eu d'abord des symptômes très-aigus, présentent une période de rémission, pendant laquelle on se laisserait facilement aller à croire qu'il ne s'agit pas d'un étranglement. Dans le cours de la seconde journée, les vomissements ne sont pas encore fécaloïdes, le ventre n'est pas ballonné, le facies est sans altération, et souvent le malade, après une crise de douleurs et de vomissements, présente un calme que les temporisateurs d'aujourd'hui expliquent volontiers par l'inflammation. Pendant le troisième et le quatrième jours, les symptômes pathognomoniques, à savoir le caractère fécaloïde des vomis-

sements, l'opiniâtreté de la constipatiou, le ballonnement du ventre, sont d'ordinaire assez marqués pour ne plus permettre le doute. Mais chez quelques sujets encore ils offrent des rémissions trompeuses, ou bien le chirurgien est mal renseigné, soit parce qu'on ne lui montre pas les matières vomies, soit parce que des lavements intempestivement administrés donnent le change sur la constipation. En un mot, les grands symptômes de l'étranglement, ceux vers la recherche desquels l'esprit se dirige, quand il est sous l'influence trop exclusive des descriptions données par les auteurs, sont quelquesfois difficiles à découvrir pendant les premières quarante-huit heures, c'est-à-dire à la période où il est le plus important de faire un diagnostic qui conduise au traitement efficace par le taxis. Ils sont encore assez souvent obscurs pendant le troisième et le quatrième jours, et c'est pour cette raison que la doctrine de l'inflammation trouve tant de partisans de bonne foi, tout comme les doctrines de l'engouement et du spasme en avaient trouvé.

Je ne saurais donc trop dire aux jeunes praticiens que, pour établir le diagnostic de l'étranglement, l'on ne doit pas attendre l'apparition des grands symptômes, parce que ceux-ci se montrent souvent à l'époque où des lésions irrémédiables se sont produites. Je ne veux pas me lasser de répéter que cette maladie grave présente, à l'époque où la thérapeutique la plus efficace et la plus sûre est possible, des troubles fonctionnels qui ressemblent à ceux de maladies plus légères, et qu'il faut admettre l'étranglement toutes les fois qu'avec ces symp-

tômes coïncide l'existence d'une tumeur herniaire douloureuse à la pression et devenue depuis quelque temps irréductible.

Cette opinion une fois admise, nous avons, si le mal n'est pas trop ancien, s'il ne remonte pas par exemple à plus de quarante-huit heures, et pour la plupart des hernies inguinales à plus de soixante-douze heures, un dernier moyen de diagnostic, qui est en même temps le principal moyen de traitement. Je veux parler du taxis progressif tel que je l'indiquerai tout à l'heure. Si la tumeur rentre après des efforts modérés ou de grands efforts, et que les symptômes fonctionnels disparaissent, c'est bien la preuve que le striction de la partie herniée était la cause des accidents, et il faudrait pousser loin la complaisance pour admettre que c'était une inflammation simple et que celle-ci a disparu par le fait seul de la réduction.

Qu'on se reporte cependant à ce que j'ai dit plus haut. Je ne tiens pas absolument à l'explication; je tiens surtout à ce que, sous prétexte d'inflammation, on ne laisse pas persister un état de choses grave et qui peut devenir mortel, lorsqu'on a dans le taxis avec chloroforme le moyen de faire disparaître le danger, si l'on réussit à réduire, et un excellent criterium pour savoir que l'opération est indiquée, si l'on n'est pas parvenu à réduire. C'est parce que le traitement par le taxis se déduit sans peine de la doctrine de l'étranglement que j'ai préféré cette dernière à celle de l'inflammation, qui, pour beaucoup de chirurgiens, a le tort d'entraîner à sa suite l'absence de toute intervention active.

Mon avis est donc qu'au point où nous en sommes arrivés, le chirurgien n'a plus à se préoccuper d'une distinction impossible et stérile entre l'inflammation et l'étranglement pour les entérocèles et les entéro-épiplocèles, et que tout l'intérêt clinique du diagnostic est concentré sur les quatre points suivants :

S'agit-il bien d'une hernie qui était habituellement réductible, au moins en grande partie, ou d'une hernie habituellement irréductible?

S'agit-il bien d'une hernie contenant de l'intestin ou d'une simple épiplocèle ?

L'étranglement est-il très-serré et par suite très-menaçant, ou peu serré et assez bénin pour faire espérer une réduction au bout de quelques jours ?

L'intestin présente-t-il déjà des lésions graves qui rendent sa réduction dangereuse ?

1° Pour résoudre, la première question, on doit avoir eu soin de se renseigner, en questionnant le malade, dont les réponses sont habituellement assez nettes à cet égard pour ne laisser aucun doute. Il suffit, en effet, que la tumeur soit signalée comme étant de celles qui augmentent de volume, pendant les efforts, et sous l'influence de la pression, pour qu'on croie à l'existence d'une hernie jusque-là réductible.

2° On reconnaît que la hernie contient de l'intestin lorsqu'elle est dure, tendue uniformément à sa surface, et résistante ou comme élastique. Car dans les cas où elle n'en renferme pas, la tumeur est moins dure, plus pâteuse, et fournit à la main qui l'explore la sensation de lobules séparés. Un chirurgien exercé s'y trompe

rarement lorsque la hernie est de petit et même de moyen volume. Il perçoit de plus, lorsque la hernie intestinale est très-grosse, la sensation de gargouillement, en pressant la tumeur avec un peu de force.

Mais on a nécessairement quelques incertitudes dans les cas où la hernie très-volumineuse renferme une grande quantité d'épiploon. Il se peut que derrière cet épiploon se trouve une petite anse ou une anse incomplète d'intestin, dont la tension ne peut être perçue à travers la masse volumineuse placée au devant d'elle. En pareil cas on serait guidé, pour soupçonner la présence de l'intestin, par l'intensité des symptômes fonctionnels qui, en général, est plus grande dans les entérocèles que dans les épiplocèles. Mais à cause des variétés et des rémissions dont j'ai parlé, on n'est pas toujours éclairé par cette intensité, et il est des hernies, les grosses ombilicales par exemple, pour lesquelles on reste forcément dans l'embarras après l'étude des signes physiques et fonctionnels. Comment en sortir? La difficulté n'est pas trop grande si la hernie n'est descendue que depuis vingt-quatre, trente-six ou même quarante-huit heures. Il faut essayer le taxis modéré puis forcé pendant quinze à trente minutes. Si l'on parvient à faire rentrer, on sentira peut-être le gargouillement caractéristique de l'intestin, et en tout cas, le diagnostic dont il s'agit sera devenu inutile. Si l'on ne réduit pas, on a la ressource du purgatif (calomel et jalap) dont j'ai déjà parlé. Lorsqu'il amène des garderobes on a le droit de conclure que la hernie ne renferme pas d'intestin; lorsqu'il n'en amène pas, et que

les symptômes fonctionnels continuent à ne pas éclairer davantage, on peut recommencer les tentatives de taxis.

Mais, si la question est posée plus tard, c'est-à-dire pendant le troisième ou le quatrième jour, on n'a plus la ressource du taxis progressif, parce qu'il y aurait à craindre de faire rentrer dans le ventre un intestin perforé. On n'a plus que celle du purgatif. S'il ne produit pas de garde-robes, il faut alors croire à la présence de l'intestin et agir en conséquence.

3° Pour la troisième question, celle de savoir si l'étranglement est de nature à céder dans quelques heures ou même dans quelques jours, ou s'il est de ceux qui restent à jamais invincibles, elle ne peut être résolue à l'aide de l'observation des symptômes physiques et fonctionnels, à cause des variations sur lesquelles j'ai insisté plus haut. Si l'on voulait s'en rapporter seulement à ces symptômes, on se trouverait en présence des mêmes erreurs que pour le diagnostic de l'engouement, du spasme, et de l'inflammation. Les présomptions auxquelles nous en sommes réduits, se tirent surtout de l'âge de l'étranglement rapproché du volume de la hernie. Dans les cas où la hernie est petite et n'est sortie que depuis 24, 36 ou 48 heures, si surtout les vomissements ne sont pas encore fécaloïdes, comme c'est l'ordinaire à cette époque, si le facies n'est pas encore altéré ni le ventre ballonné, on a toujours la ressource du taxis progressif avec anesthésie. L'étranglement est-il assez peu serré pour que la réduction ait lieu spontanément ou devienne très-facile au bout d'un certain temps, on obtiendra nécessairement la réduction, parce que la

constriction n'est pas très-grande. Est-il, au contraire, invincible, on ne pourra pas réduire, et la conduite ultérieure sera toute tracée.

Dans les cas, au contraire, où plus de 48 heures sont écoulées, il faut tenir compte, tout à la fois, du volume de la hernie, de l'âge de l'étranglement et de l'intensité des troubles fonctionnels. S'il y a des vomissements fécaloïdes, du ballonnement du ventre, une altération profonde des traits, nul doute que l'étranglement est assez serré pour avoir pu amener des lésions qui rendraient la réduction dangereuse.

Lorsque ces symptômes n'existant pas encore, la hernie est de petit ou de moyen volume, et paraît ne pas renfermer d'épiploon ou en renferme très-peu, il ne faut plus compter sur le taxis dont les résultats pourraient être fâcheux, si, par hasard, une perforation existait déjà, et l'on est obligé de rester dans l'incertitude sur les chances de réduction spontanée au bout de quelques heures. L'art et la science sont impuissants à résoudre d'une manière absolue le problème que j'ai posé, et il faut s'en tenir à des probabilités. Or, la probabilité en pareil cas est celle d'un étranglement serré, qu'il convient de ne pas abandonner plus longtemps à lui-même, c'est-à-dire qu'il faut débrider.

Si, au contraire, avec des symptômes fonctionnels encore peu prononcés, la hernie est de gros volume, et contient assez d'épiploon pour qu'on puisse croire l'intestin protégé par cet épiploon, il est encore permis de s'adresser au taxis progressif, tant qu'il n'y a pas trois jours écoulés depuis le début de l'étranglement.

Passé ce terme, nous retombons forcément dans une incertitude inévitable. Il faut en convenir franchement, et dans ce cas je conseille encore d'admettre ce qui est le plus probable, savoir un étranglement qui ne céderait pas de lui-même, ou qui céderait à une époque où la rentrée de la hernie serait fâcheuse à cause de l'existence d'une perforation.

4° Reste la dernière question que les nécessités de l'étude m'ont forcé d'isoler des précédentes, mais qui au lit du malade, marche de pair avec elles. Il serait bien utile d'avoir à notre diposition le moyen de savoir si l'intestin est déjà perforé, s'il est seulement aminci ou s'il a conservé son intégrité. Malheureusement, nos connaissances à cet égard sont si imparfaites, que toujours de temps à autre quelques méprises fâcheuses seront commises. Dans les grosses ou les moyennes hernies, celles qu'on est en droit de supposer formées par une anse complète d'intestin, il est bien rare, surtout s'il y a en même temps de l'épiploon, que les perforations surviennent avant la fin du troisième jour, et c'est pour cela que, pendant cette période, je conseille de s'adresser sans crainte au taxis progressif. Mais lorsque la hernie est assez petite pour qu'on soit autorisé à la croire formée par une anse incomplète, lorsqu'en même temps on pense qu'elle ne contient pas d'épiploon, il faut craindre la perforation prématurée, et en admettre l'existence passé 36 heures, 48 heures au plus. Ce n'est qu'une présomption, sans doute, mais, à défaut de mieux, il faut bien nous en contenter. J'ai cependant à signaler ici un signe assez positif de la perforation et de l'épan-

chement stercoral dans le sac herniaire, c'est la rougeur avec un empâtement plus ou moins prononcé du tissu cellulaire sous-cutané. Quand cette rougeur n'a pas été déterminée par l'application d'un cataplasme trop chaud ou de la glace, il faut l'attribuer à la lésion dont je parle. Malheureusement, elle ne se montre pas toujours assez tôt pour éclairer le chirurgien, et c'est pour cette raison que quelques efforts que nous fassions pour rendre plus complets le diagnostic et la thérapeutique, nous serons toujours exposés de loin en loin à soumettre au taxis et à faire rentrer un intestin perforé prématurément, sans que rien ait pu nous faire pressentir la lésion.

§ 5. — Pronostic.

Il se déduit tout naturellement de ce que j'ai dit de la marche et des terminaisons de la maladie.

Très-grave, si les choses étaient toujours abandonnées à elles-mêmes, puisqu'il aurait grande chance de se terminer par la mort ou par la formation d'un anus contre nature, l'étranglement est moins fâcheux lorsqu'il est traité, et surtout lorsqu'il est traité de bonne heure par les moyens convenables.

Plus il s'est écoulé de temps depuis l'apparition des accidents, plus la gravité a augmenté.

L'étranglement des petites hernies est plus grave que celui des grosses.

Lorsqu'il y a beaucoup d'épiploon, le pronostic est moins grave que s'il y en a peu ou pas du tout.

§ 7. — Traitement.

Deux ordres de moyens ont été conseillés contre l'étranglement herniaire ou externe : les uns médicaux, assez analogues à ceux auxquels on est le plus souvent réduit dans les cas d'étranglement interne, les autres chirurgicaux ou opératoires. J'examinerai successivement les uns et les autres, j'apprécierai autant que faire se pourra leur mode d'action et leur valeur, puis dans un résumé essentiellement applicable à la pratique, j'indiquerai le traitement tel qu'il doit être fait aux diverses époques de la maladie et je montrerai comment la conduite du chirurgien doit être dirigée et modifiée suivant la durée de l'étranglement, le volume de la tumeur et diverses autres circonstances dont on est obligé de tenir compte.

I. — Moyens médicaux.

Ils sont très-nombreux et la plupart d'entre eux ont joui à un certain moment d'une grande faveur, puis ont été abandonnés plus tard. Il n'en est aucun qui à l'époque actuelle soit considéré comme ayant une efficacité assez grande pour mériter la préférence sur les autres. Les principaux sont les saignées, les bains, les purgatifs, les lavements de tabac, la belladone, les réfrigérants.

Saignées. — A l'époque de la distinction entre l'étranglement par inflammation et l'étranglement par engouement, on a préconisé pour le premier le traitement par les saignées générales. Arnaud recommande d'en faire une très-abondante, ou deux assez fortes

et très-rapprochées l'une de l'autre. Il veut que l'écoulement de sang soit assez abondant pour amener une syncope ou un état qui s'en rapproche, et qu'aussitôt cet affaiblissement obtenu, on presse sur la tumeur et on essaie de la faire rentrer. Il assure qu'alors souvent la réduction est facile, et il a tant de confiance dans ce moyen qu'il en fait un criterium et qu'il déclare l'opération indispensable, du moment où l'on n'a pu faire la réduction à la suite des saignées copieuses. A. Cooper propose également les saignées jusqu'à la syncope. Je ne puis m'empêcher de faire observer que, dans cet affaiblissement occasionné par les saignées, il se produit tout à la fois un certain degré d'anesthésie qui rend plus supportables les pressions nécessaires pour le taxis, et un relâchement musculaire qui n'est peut-être pas sans importance, de telle sorte qu'alors les saignées agissent non pas comme des antiphlogistiques, mais comme des adjuvants du taxis analogues au chloroforme.

Mais tous ceux qui ont parlé des saignées n'ont pas établi la nécessité de les pousser jusqu'à la syncope. Ceux surtout qui ont prescrit une ou deux applications de sangsues, sans faire perdre connaissance aux malades, ont paru n'avoir d'autre but que de diminuer la turgescence inflammatoire. Il est douteux qu'ils aient jamais obtenu un résultat satisfaisant. D'abord la turgescence n'est pas très-considérable sur l'intestin, ensuite celle que l'on y rencontre de même que celle de l'épiploon étant en grande partie mécanique, il n'y a guères à en espérer la diminution par les émissions sanguines. Ceux qui ont cru à des succès après ce mode de traitement,

se sont probablement laissé induire en erreur par ces faits dans lesquels la hernie médiocrement serrée est susceptible de rentrer facilement après quelques heures de durée des phénomènes de l'étranglement.

Pour mon compte, je conseillerais volontiers les saignées jusqu'à la syncope, si je n'avais pas dans l'anesthésie par le chloroforme un moyen plus puissant et qui agit de la même façon. Quant aux saignées locales, qui en général n'entraînent pas la syncope, je les crois inutiles.

Purgatifs. — On a conseillé les purgatifs de toute sorte, soit par la bouche, soit en lavements, et l'on s'est proposé, en donnant de même qu'en suivant ce conseil, de solliciter des contractions intestinales capables, sinon de faire rentrer l'intestin, au moins de le déplacer un peu ou d'amener au niveau de son collet un changement de rapports susceptible de rendre la réduction plus facile sous l'influence de pressions modérées.

Quant au choix des purgatifs, on n'a pas donné de règle positive à cet égard. Je donne la préférence à ceux qui peuvent agir sous un faible volume, et qui par conséquent ont chance de ne pas être expulsés par les vomissements, et j'ai déjà dit que le calomel seul ou associé au jalap, à l'aloès ou à la scammonée, remplissait le mieux cette condition.

Les purgatifs pris par la bouche ont l'inconvénient de demander du temps, parce que, leur action étant lente chez beaucoup de sujets, on ne peut pas, si les garde-robes continuent à manquer, conclure qu'ils sont inutiles, avant dix à douze heures pendant lesquelles il est à craindre que les lésions de l'intestin s'aggravent. L'on

perd encore plus de temps s'ils sont vomis, et si, comptant sur leur action, on en administre un deuxième et même un troisième.

Les purgatifs administrés en lavement ont cet autre inconvénient d'exposer à croire que des garde-robes ont eu lieu, tandis qu'il n'en est rien, le malade ou ceux qui l'assistent ayant à tort expliqué par la présence de garde-robes la couleur et l'odeur du liquide rejeté. Si l'on se décidait à prescrire un purgatif en lavement, ce serait à condition d'examiner minutieusement la matière évacuée. Si quelque difficulté existait à cet égard, et l'on en rencontre souvent, il vaudrait mieux s'abstenir de l'emploi de tout lavement.

Le reproche capital que j'adresse à tous les purgatifs, c'est de n'avoir pas une efficacité démontrée par l'expérience. Ceux qui en ont parlé favorablement n'ont pas cité de faits à l'appui, et ont en même temps employé d'autres moyens, dont l'intervention a empêché d'apprécier à sa juste valeur celui dont nous nous occupons.

Mais si je rejette dans la plupart des cas les purgatifs comme inutiles et comme faisant perdre un temps précieux, j'admets volontiers leur emploi comme moyen de diagnostic dans les cas douteux, par exemple lorsqu'on hésite entre une épiplocèle pure et une entérocèle, entre une hernie et une tumeur d'une autre nature. Il importe alors de s'éclairer à l'aide de ce moyen. En supposant le purgatif pris par la bouche, si des garde-robes ont lieu, c'est une preuve qu'il ne s'agit pas d'un étranglement intestinal.

Bains. — Les bains ont été souvent employés. Il est incontestable que le malade y éprouve un soulagement à ses douleurs, et que, d'autre part, la sensibilité s'y émousse assez pour que la pression nécessaire au taxis devienne plus facile à supporter. On a cité, en effet, un certain nombre de cas dans lesquels le taxis pratiqué pendant ou immédiatement après le bain a réussi. Ce moyen serait donc un adjuvant du taxis au même titre que la saignée. Est-ce une raison pour en considérer l'emploi comme indispensable? Je ne le pense pas. Bien souvent, en dehors des grands centres, c'est un moyen que l'on ne peut avoir immédiatement à sa disposition, et pendant le temps nécessaire pour le préparer, on doit craindre que la constriction augmente, et que les lésions intestinales deviennent assez graves pour rendre la réduction dangereuse. Par dessus tout il faut se rappeler que nous possédons un adjuvant du taxis bien autrement efficace, le chloroforme.

Dans quelques cas où le chirurgien n'est pas maître de faire ce qu'il y a de mieux, c'est-à-dire le taxis prolongé avec anesthésie, il n'y a pas inconvénient à prescrire un bain. Si le chirurgien est libre d'agir, l'emploi du bain lui ferait perdre un temps précieux; il doit le laisser de côté.

Lavements de tabac. — Richter cite un certain nombre de praticiens de son époque, la plupart allemands, qui ont fait usage de la fumée de tabac. Il suffit de lire à la page 83 de son ouvrage l'exposé des moyens qu'on employait pour introduire cette fumée, pour comprendre que ce procédé n'ait pu devenir usuel. Les lavements

avec la décoction de tabac, que Richter a substitués à la fumée sont d'un emploi plus commode, et à cause de cela sans doute, ont été mis un peu plus souvent en usage.

Le tabac paraît agir de deux façons : en sollicitant, à la manière de bien des purgatifs, les contractions intestinales, et en amenant cette débilité avec diminution de la sensibilité générale que donnent les poisons narcotiques. Il m'est difficile de savoir si c'est plutôt au premier qu'au second de ces modes d'action qu'il faut attribuer quelques-uns des succès dont on a parlé. Dans un fait rapporté par Sonville dans le *Journal de Médecine*, t. L, l'administration du lavement fut suivie de syncopes et de vomissements violents. Richter fait remarquer de son côté que les malades éprouvent de l'affaiblissement; une sueur froide, des vertiges et d'autres accidents. Boyer et A. Cooper ont fait les mêmes observations. Je suis donc disposé à croire encore que l'un des effets de cet agent est de diminuer la sensibilité et de rendre les pressions supportables, et que c'est pour cette raison qu'il a donné quelques succès, dans des cas où l'on a répété le taxis une heure ou deux après l'administration du lavement. Cependant les chirurgiens de notre temps n'emploient guères le tabac, et moi-même je ne me rappelle en avoir fait usage qu'une seule fois chez un malade qu'il m'a fallu opérer néanmoins. Le motif de cet abandon est tout simple, c'est que nous avons dans le taxis bien fait et suffisamment continué le moyen d'obtenir la réduction si elle est possible, et nous obtenons mieux, pendant le sommeil anesthésique, cette

diminution de la sensibilité qui rend plus efficace la manœuvre du taxis.

J'ai une autre raison pour me défier du lavement de tabac, c'est que les auteurs qui en ont parlé, n'ont pas bien spécifié la dose et le mode d'emploi qui conviennent. Je lis dans Richter qu'on le prépare avec une demi-once (16 grammes) ou une once (32 grammes) de feuilles de tabac pour une livre (500 grammes) d'eau. Or, je crains qu'à cette dose, la préparation devienne toxique. Boyer, de son côté, parle d'une infusion au lieu d'une décoction, et il veut qu'on fasse cette infusion avec un gros (4 grammes) pour une livre d'eau bouillante. A cette dose et préparé par infusion, le lavement doit être sans danger, mais alors peut-être est-il sans efficacité, si surtout, comme cela arrive chez un certain nombre des malades, il est rejeté promptement. A. Cooper parle aussi d'une infusion, et dit que la dose ordinaire est de deux drachmes (8 grammes) qu'on fait infuser pendant dix minutes dans 500 grammes d'eau. Mais il ajoute qu'à cette dose des accidents peuvent survenir, et il cite même deux cas dans lesquels la mort paraît avoir succédé à l'emploi de cette substance; c'est pourquoi il recommande de faire infuser pendant dix minutes 4 grammes seulemen et comme les effets varient suivant les sujets, et certainement aussi suivant le temps, impossible à prévoir, pendant lequel le lavement est conservé, il conseille de n'injecter d'abord que la moitié de cette dose et d'administrer le reste une heure après. Au milieu de ces divergences sur le mode de préparation et les doses de

tabac, avec l'incertitude que l'on a sur le temps pendant lequel le lavement sera gardé et sur l'intensité des effets produits ; en présence enfin, de la possibilité de remplacer ce moyen par d'autres plus efficaces, il est sage de renoncer à l'emploi du tabac. Si, par hasard, on croyait devoir y recourir, il serait prudent de donner la préférence à l'infusion, et de ne pas dépasser la dose de quatre grammes pour cinq cents d'eau bouillante, en laissant infuser dix minutes au plus.

Réfrigérants. — On n'a guère employé les douches froides, et on parlerait à peine de ce moyen, si l'on ne se croyait obligé de répéter l'observation si souvent citée de J. L. Petit, dans laquelle il est dit qu'une grand-mère ayant jeté entre les jambes de son petit-fils, qu'on se disposait à opérer d'une hernie inguinale étranglée, un seau d'eau froide, la rentrée de la tumeur eut lieu.

On s'est souvent servi de la glace en applications topiques. Richter s'en est montré partisan. Il en est de même d'A. Cooper, et de nos jours Baudens (Mémoire de l'Académie de sciences. *Gazette des hôpitaux*, 1854) a beaucoup préconisé son emploi. Pour s'en servir, on met quelques fragments de glace pilée dans une vessie de porc et mieux dans une vessie de caoutchouc vulcanisé, on noue l'ouverture de cette vessie avec un fil solide, et on l'applique sur la tumeur. Après l'avoir laissée en place deux ou trois heures, on fait le taxis pendant quelques minutes. Si l'on ne réussit pas, on réapplique la glace pendant deux ou trois heures encore, après quoi on recommence le taxis. J'ai em-

ployé la glace très-rarement, et je ne me crois pas parfaitement apte à porter un jugement sur la valeur de ce moyen. Dans les cas où j'y ai eu recours je n'ai pas réussi à faire rentrer la hernie, et il m'a fallu opérer les malades. J'ai lu dans nos recueils périodiques quelques relations de faits favorables, mais j'engage les jeunes chirurgiens à ne pas se laisser aller trop vite à conclure de ces faits que la glace a une efficacité habituelle. D'abord ici, comme pour les autres modes de traitement, on peut avoir eu affaire à des étranglements peu serrés. Ensuite, on signale bien, il est vrai, quelques succès, mais personne n'a donné le chiffre proportionnel des insuccès, et les conséquences ultérieures pour le malade de la temporisation nécessitée forcément par l'usage de ce moyen. Enfin je crains avec Boyer la réaction et la gangrène consécutives, et je demande qu'on n'oublie pas un fait cité par A. Cooper, dans lequel la peau s'est couverte d'escarres à la suite de l'application de la glace.

A supposer d'ailleurs que la glace eût une utilité bien démontrée, dans beaucoup de circonstances il y aurait impossibilité matérielle à s'en procurer, et si, croyant son usage nécessaire, on se décidait à l'envoyer chercher au loin, on perdrait ainsi un temps précieux. Or je ne me lasserai pas de le répéter, l'étranglement herniaire exige une intervention prompte, et conséquemment les moyens qu'on a le plus vite à sa disposition sont ceux auxquels on doit recourir immédiatement. En somme, je ne rejetterais pas absolument l'emploi de la glace, si le chirurgien se trouvait dans ces circonstances que j'ai

fait pressentir, où la temporisation lui est imposée. Je crois même que l'anesthésie locale procurée par cet agent en fait un adjuvant du taxis, au même titre que les saignées répétées et les bains. Mais toutes les fois que l'on est libre d'agir, je conseille de la laisser de côté, et de compter exclusivement sur le taxis fait à temps et sur l'opération.

Narcotiques. — On a supposé que la belladone pouvait dilater les passages herniaires comme elle dilate l'iris, et on a conseillé les frictions avec l'extrait de belladone seul ou avec une pommade belladonée. On a aussi conseillé l'opium, dont l'usage, en engourdissant la sensibilité, favorise peut-être le taxis. Mais ces moyens sont d'une efficacité problématique, et leurs succès apparents doivent s'expliquer par la bénignité des cas dans lesquels on les a mis en usage.

Strychnine et café. — Ces deux agents ont été donnés sous l'influence de cette pensée que, sans exciter la sécrétion intestinale comme les purgatifs, ils étaient aptes à solliciter des contractions et à amener ainsi le dégagement de l'anse étranglée. La strychnine n'a d'ailleurs fait que passer du traitement de l'étranglement interne dans celui de l'étranglement externe. On la prescrit à la dose de quinze milligrammes en trois fois (0,005^{m} toutes les six heures environ). Quant à l'infusion de café, on en fait prendre des doses considérables, une tasse toutes les heures ou toutes les deux heures, plus ou moins, suivant l'intensité des vomissements.

J'approuverais peut-être l'emploi de ces moyens, si l'on avait indiqué le nombre des insuccès, à côté de

celui des succès, et s'ils n'avaient pas, comme la plupart des précédents, l'inconvénient de faire perdre du temps. Je doute d'ailleurs que la strychnine et le café sollicitent des contractions intestinales aussi énergiques qu'on l'a prétendu, et j'appelle de tous mes vœux des expériences sur les animaux pour faire cesser l'incertitude qui me reste à cet égard.

Introduction d'une canule dans le rectum.— O'Beirn de Dublin, dans le travail que j'ai cité plus haut, rapporte seize observations de guérisons obtenues par l'introduction dans le rectum, d'une longue sonde analogue à la sonde œsophagienne. Il suppose que l'évacuation des gaz du gros intestin, et le vide qui en résulte doivent être suivis du passage des gaz de l'anse herniée dans le bout inférieur, et conséquemment de la rentrée facile de cette anse. Assurément c'est faire un étrange abus de la théorie que de croire que les gaz d'un intestin plus ou moins serré vont se dégorger dans le bout inférieur, par cette raison que ce dernier aura lui-même été évacué. De deux choses l'une : ou l'étranglement sera trop serré pour que les gaz puissent sortir de l'anse herniée, ou il le sera assez peu pour que la réduction puisse être obtenue par tout autre moyen.

Que penser cependant des seize cas cités par O'Beirn ? Qu'ils ont été mal observés ou mal interprétés : mal observés, s'il a appliqué à des entérocèles ce qui se passait dans des épiplocèles méconnues, ou s'il a pris pour des hernies des tumeurs qui n'en étaient pas ; mal interprétés, s'il a expliqué par l'introduction de la canule un résultat heureux qui a pu tenir à un taxis bien fait

concurremment, ou au faible degré de la constriction. L'auteur n'ayant pas donné ses observations *in extenso*, je suis autorisé à douter de leur valeur et de leur signification. Mes doutes sont justifiés d'autre part par le silence qui a été gardé sur ce sujet depuis la publication d'O'Beirn. Je ne sache pas que personne ait été aussi heureux que cet auteur. Pour moi, je n'ai pas employé son procédé pour l'étranglement externe, parce que j'avais à ma disposition des moyens plus sûrs, mais après l'avoir mis en usage dans quatre cas d'étranglement interne, je n'ai obtenu aucun résultat favorable et mes malades ont succombé.

A l'occasion de ce dernier moyen, je dois prémunir mes auditeurs contre un entraînement facile. Les journaux nous rapportent de temps en temps un ou plusieurs exemples de réductions spontanées ou faciles de hernies, après l'emploi de quelque moyen thérapeutique nouveau ou ancien, dont on accepte d'autant plus volontiers l'efficacité, qu'on se sent heureux d'avoir vu échapper à la mort des malades gravement atteints. Qu'on se garde bien, en lisant ces faits, de croire comme leurs auteurs, à l'efficacité habituelle du remède vanté. Dans une série d'autres cas il ne réussira pas, et la confiance qu'on aura eue en lui, aura fait des victimes. Ceux qui publient les résultats heureux d'un traitement médical de l'étranglement devraient toujours attendre, afin de publier à côté du fait heureux les cas malheureux. Il importe d'ailleurs ici, de ne pas oublier ce que j'ai déjà dit tant de fois : 1° que l'épiplocèle a donné, dans ces sortes de cas, le change à bien des chirurgiens,

et qu'il est dangereux d'appliquer à l'entérocèle et à l'entéro-épiplocèle les moyens qui ont paru réussir pour elle; 2° que parmi les entérocèles même, il en est un certain nombre que l'on peut réduire assez facilement, et dont la rentrée obtenue par de nouveaux efforts du malade, a été à tort attribuée à l'action des médicaments.

Pour mon compte, j'ai la conviction que dans tous ces cas de réductions attribuées à la belladone, à la glace, au café, à la strychnine, j'aurais réussi avec le taxis, et que même dans bon nombre de faits, un taxis ignoré du chirurgien (celui pratiqué par le malade lui-même) a été la cause du bon résultat obtenu.

II. — MOYENS ACTIFS OU CHIRURGICAUX.

On pourrait mettre au nombre de ces moyens la ponction de l'intestin avec le trois-quarts explorateur, petite opération dont je trouve l'indication dans l'ouvrage de M. Nélaton (*Éléments de Pathologie*, t. IV), et qui aurait pour objet de vider l'anse intestinale du liquide et du gaz qu'elle contient, et de favoriser ainsi sa réduction. Ce traitement me conviendrait, si j'étais sûr qu'elle réussisse et qu'elle n'expose pas à l'épanchement de matières intestinales dans le péritoine à la suite de la réduction. Les exemples de ponction de l'intestin dans le traitement de la tympanite rapportés par M. le docteur Labric (*Thèses de Paris*, 1852, n° 13), sont même de nature à diminuer les craintes à cet égard. Cependant la sanction de l'expérience serait né-

cessaire pour juger la valeur de cette opération qui est restée inusitée.

Les deux principaux moyens dont j'ai à parler sont : le *taxis* et le *débridement*.

TAXIS.

Le taxis est cette opération manuelle qui a pour but de refouler la hernie et de la faire rentrer dans le ventre. Il a été mis en usage de tout temps, car les malades eux-mêmes le faisant instinctivement, les chirurgiens ont été naturellement portés à les imiter, et cependant on n'a pas encore donné les règles les plus propres à guider dans son emploi.

Cette lacune tient à trois causes : 1° à la difficulté de soumettre à des règles une pression qu'il est impossible de calculer exactement, et dont la force varie suivant la volonté du chirurgien, son énergie ou sa prudence, sa vigueur même ; 2° à l'incertitude dans laquelle on se trouve relativement au degré d'altération de l'intestin, et au danger plus ou moins grand que peut offrir sa rentrée dans le ventre ; 3° à cette autre difficulté, sur laquelle je me suis longuement expliqué, celle de savoir si l'étranglement est de ceux qui ne céderaient pas spontanément, et pour lesquels l'intervention du chirurgien est absolument indispensable.

Toutes réelles que soient ces difficultés, et bien qu'il soit impossible de les aplanir assez pour donner à l'homme de l'art une sécurité absolue dans tous les cas, j'ai cependant essayé de régulariser cette opération, j'ai étendu aussi loin que possible les limites de son application, et

je me suis efforcé de faire comprendre aux chirurgiens que ce moyen, employé à temps et convenablement, était appelé à rendre les plus grands services.

Je commence par poser la question préalable que voici : le taxis est-il toujours indiqué, et s'il ne l'est pas toujours, dans quels cas l'est-il principalement?

Le taxis n'est pas toujours indiqué. Il est formellement contre-indiqué lorsque l'on a des raisons pour croire l'intestin déjà perforé, c'est-à-dire lorsque la peau est rouge, et que le tissu cellulaire sous-cutané présente de l'empâtement, à plus forte raison lorsque l'emphysème et les escarres caractéristiques de la gangrène cutanée existent.

Il est également contre-indiqué lorsque, les signes précédents manquant, l'âge de l'étranglement et le petit volume de la hernie autorisent à craindre une perforation commencée ou confirmée, ce qui rendrait dangereuse la réduction de l'intestin dans la cavité péritonéale. Dans le chapitre du diagnostic, je n'ai pas dissimulé les *desiderata* qui existaient à ce sujet. Cependant comme il est tout à fait exceptionnel que des lésions graves de l'intestin surviennent avant vingt-quatre heures, on peut établir qu'il n'y a guères de contre-indication dans ce laps de temps.

Donc le taxis, et j'entends par là le taxis suffisant, est indiqué pour la plupart des hernies dans les vingt-quatre premières heures de l'étranglement. Il est d'autant mieux indiqué, que selon les probabilités que je laisse à l'avenir le soin de confirmer ou d'infirmer, l'étranglement est moins serré à ce moment qu'il ne le sera plus tard.

Au delà de ce terme, et jusqu'à quarante-huit heures, à moins des contre-indications que je posais tout à l'heure, le taxis est encore indiqué pour les grosses, les moyennes et quelques-unes des petites hernies. Je n'agirais pas après trente-six heures d'étranglement pour les petites hernies qui me paraîtraient formées par l'intestin seul, sans épiploon.

Au delà de quarante-huit heures et jusqu'à soixante-douze heures, le taxis est encore applicable sans crainte (sauf toujours les cas où il y a rougeur et empâtement) pour les grosses et les moyennes hernies. Pour les petites, il est plus prudent d'y renoncer, parce que les lésions dangereuses sont plus probables que dans les autres, à cette époque déjà éloignée du début de l'étranglement.

A partir du commencement du quatrième jour, à moins que la hernie ne soit d'un volume très-considérable, ou qu'il ne se présente des circonstances particulières tel que le refus du malade de se soumettre à l'opération du débridement, il ne faut pas tenter le taxis.

Ainsi le taxis est d'autant mieux indiqué, selon moi, qu'on est appelé à une époque plus rapprochée du début des accidents, et j'ajoute qu'à cette époque il a grande chance de réussir, probablement parce que l'étranglement est moins serré qu'il ne le sera plus tard.

Mais après avoir dit que le taxis doit être employé contre les étranglements récents, j'ajoute que c'est à la condition qu'il sera suffisant. Que faut-il entendre par ce mot? J'entends par là le taxis prolongé assez longtemps et assez énergiquement pour que la hernie soit réduite, ou pour que, si on ne la réduit pas, on soit au-

torisé à croire qu'elle est irréductible, et qu'elle nécessite l'opération du débridement. Je m'expliquerai plus longuement tout à l'heure, en indiquant les variétés du taxis.

Quelques soins préparatoires sont-ils nécessaires? Aucun habituellement. J'ai parlé tout à l'heure des saignées, des bains, de la glace, et, sans avoir contesté à ces moyens préalables un certain degré d'utilité, provenant de ce qu'ils diminuent la sensibilité, j'ai conclu à les rejeter, parce qu'ils font perdre un temps qu'on peut employer plus utilement. C'est un principe de saine pratique, de se rendre sans aucun retard auprès du malade, lorsqu'on est appelé pour un étranglement herniaire, et si l'on constate que celui-ci est assez récent pour donner l'indication du taxis, on doit procéder à cette manœuvre sans désemparer. On essaie d'abord, pendant quelques instants, de faire rentrer la hernie, sans le secours du chloroforme; puis, si la résistance est grande, on endort le malade, et on reprend l'opération. L'anesthésie par le chloroforme étant l'adjuvant par excellence, tant parce qu'elle rend le taxis plus facile à supporter, que parce qu'elle n'entraîne aucune perte de temps, il n'y a pas lieu de songer aux autres moyens préparatoires qui sont moins efficaces, et exigent beaucoup plus de temps.

Le taxis doit être continu et non pas intermittent.

Les auteurs n'ont pas précisément donné le conseil de faire un premier taxis, puis un second, et enfin un troisième, à quelques heures d'intervalle les uns des autres; mais dans la pratique les choses sont faites souvent de

cette façon que je blâme et rejette absolument. Le taxis une fois reconnu nécessaire, il faut autant que possible le pousser jusqu'au bout, c'est-à-dire jusqu'à l'une de ces terminaisons que j'indiquais tout à l'heure, la réduction ou la conviction de l'irréductibilité. Je sais bien qu'on est obligé de manquer à ce précepte, lorsqu'au moment où l'on est appelé, le taxis a déjà été fait par d'autres dans des proportions ou des conditions insuffisantes. J'y ai manqué moi-même dans des cas où le chloroforme n'ayant pas encore été donné, j'ai jugé convenable de revenir au taxis après avoir soumis le sujet à l'anesthésie. De même, je suis obligé de ne pas tenir compte des efforts du malade qui a quelquefois pratiqué fortement le taxis avant l'appel du chirurgien, mais je ne puis donner à mes indications une précision que le sujet ne comporte pas. Les conditions du taxis sont certainement moins bonnes, lorsqu'il a déjà été tenté par d'autres ou par le malade lui-même; mais ce n'est pas une raison pour s'abstenir, et on ne devrait s'arrêter que si le chirurgien venu le premier déclarait que ses efforts ont été portés très-loin. Ma principale intention est d'ailleurs de faire savoir aux chirurgiens, avec l'espoir que ce précepte passera désormais dans la pratique, que, plus tôt le taxis est fait, plus il a de chances de réussir, et que, du moment où on l'entreprend, il faut ou le mener à bonne fin, ou se mettre en mesure de le déclarer inefficace. Il y a à cela l'avantage de réussir dans le plus grand nombre des cas, et, si l'on ne réussit pas, de pratiquer le débridement assez tôt pour qu'il puisse encore sauver le malade.

Des degrés du taxis. Que faut-il entendre par les mots de taxis modéré, forcé, prolongé? Taxis progressif.

Le taxis est modéré, lorsqu'on exerce des pressions avec une seule main ou avec les deux sans déployer une grande force, et lorsqu'on ne les prolonge pas au delà de quelques minutes. Il est impossible de préciser exactement par des mots ce genre de taxis. J'ai essayé de le faire comprendre en disant que c'était celui que le chirurgien pratiquait sans ressentir de fatigue dans ses mains.

Le taxis forcé est celui dans lequel on déploie une force plus grande, et dans lequel les pressions sont faites avec assez de vigueur, soutenues assez longtemps, pour que les mains de l'opérateur se fatiguent.

Il est évident qu'avec une pareille définition, le taxis forcé présente des différences nombreuses suivant le degré auquel on porte la fatigue, et suivant l'énergie de chacun. Rien ne serait plus désirable que de posséder un moyen de graduation exacte, mais il n'en existe pas. M. le docteur Camille Bernard, d'Apt, en 1852 et 1854 (*Gazette médicale de Montpellier*), a bien publié deux mémoires dans lesquels il évalue cette graduation par des degrés, en disant qu'il a élevé la pression à vingt, trente, quarante degrés. Mais cette évaluation est toute personnelle, et ne peut être qu'approximative, puisque l'auteur la formule d'après la sensation de fatigue que la pression lui a fait éprouver ; or, il est évident que si tout le monde graduait de cette manière la force de pression, rien de positif ne serait précisé, parce que les sensations de chacun diffèrent à l'infini.

J'aime donc mieux déclarer que ce sujet est de ceux qui ne se prêtent pas à la précision, et dire tout simplement que le taxis est plus ou moins forcé, suivant qu'on presse plus ou moins fort. Lorsqu'on est assez fatigué et assez convaincu de la résistance de la hernie, pour demander le secours de deux ou de quatre mains, il devient nécessairement plus forcé que lorsqu'on emploie deux mains seulement. J'ai désigné ces différences par les mots de taxis à *quatre mains*, et *taxis à six mains*.

Je dirai plus loin qu'à défaut d'autres mains, le chirurgien peut employer une bande de caoutchouc vulcanisé, enroulée autour de la tumeur, lorsque le volume et la forme de cette tumeur s'y prêtent. Il est évident, qu'en pareil cas encore, le taxis sera forcé à un degré plus élevé que s'y l'on employait seulement deux mains.

Il n'est pas plus facile de préciser la signification du mot taxis prolongé. J'ai l'habitude de le considérer comme tel, lorsque je le continue au delà de quinze minutes. Si j'allais plus loin encore, je dirais qu'il a été très-prolongé.

Il est impossible, au moment où l'on commence le taxis sur un malade, de savoir ni combien de temps il durera, ni quel degré de force sera nécessaire. Comme beaucoup de chirurgiens s'effraient encore, outre mesure, des conséquences de ce mode de traitement, je voudrais pouvoir supprimer de notre langage ces mots de taxis forcé et taxis prolongé, qui entraînent l'idée d'une violence extrême et portée au delà des limites raisonnables. Une réforme de langage est d'autant plus nécessaire aujour-

d'hui, qu'avec le chloroforme comme adjuvant, la force déployée par le chirurgien n'a besoin ni d'être aussi grande ni d'être continuée aussi longtemps qu'à l'époque de Lisfranc et d'Amussat et à l'époque où j'ai fait moi-même mes premières réductions.

En définitive, comme il y a des hernies étranglées qui se réduisent assez facilement, il serait fâcheux de recourir pour celles-là à une violence inutile, et comme parmi celles qui résistent il en est qui résistent plus et d'autres qui résistent moins, comme aucun commémoratif ni aucun signe physique ou fonctionnel ne nous fait prévoir ces facilités ou ces difficultés, il convient de commencer toujours par un taxis modéré, puis d'augmenter peu à peu la pression, selon la résistance que l'on rencontre, et selon le temps qui s'est déjà écoulé. M. le docteur Tirman (*Thèses de Paris*, 1863) a parfaitement exprimé cette manière de faire, lorsqu'il a dit que le taxis devait être *approprié* ou *suffisant*. J'ai de mon côté voulu exprimer la même pensée avec les mots de *taxis progressif*, par lesquels je fais savoir, que la force de pression est augmentée à mesure que le temps s'écoule, c'est-à-dire que le taxis devient d'autant plus forcé qu'il est plus prolongé.

Peu importent les mots d'ailleurs. Ce que je demande aujourd'hui, c'est que les chirurgiens sachent bien que le taxis fait avec le chloroforme en augmentant la pression peu à peu, conformément à la résistance que l'on rencontre, que ce taxis, dis-je, offre de grandes chances de succès dans le traitement de l'étranglement herniaire récent.

Notions historiques. — Si l'on cherche dans les auteurs des notions relatives aux indications du taxis, et a l'opportunité de son emploi, on est frappé de la contradiction de la plupart d'entre eux, et on comprend l'incertitude qu'ils ont laissée dans l'esprit des praticiens. Tous, en effet, conseillent d'abord cette opération, et presque tous signalent ensuite les graves dangers qu'elle présente, dangers dont l'énumération doit nécessairement faire reculer les chirurgiens prudents. L'exemple le plus remarquable de ces contradictions se trouve dans Richter. Aux pages 60, 61, 62 et 63 de son *Traité des hernies*, il donne plusieurs procédés pour faire le taxis, et conseille de le continuer, en pressant le plus exactement possible, pendant quelques heures. Il prévient que cette manœuvre réussit surtout quand on y a recours de bonne heure. Puis à la page 65, il ajoute qu'on doit après un premier échec essayer d'autres moyens, et que le taxis pourra réussir encore au bout de quelques jours. D'après cela, on le croirait grand partisan de ce mode de traitement; mais voilà qu'à la page 66, il avoue qu'il n'en fait pas grand cas, que le taxis réussit rarement, que si l'étranglement est violent et la hernie douloureuse, les pressions augmentent le danger, font perdre un temps précieux, et qu'en somme on ne doit pas y recourir avant d'avoir diminué l'étranglement et l'inflammation par d'autres moyens. Les mêmes contradictions se rencontrent dans Richter à propos des diverses espèces d'étranglement qu'il admet, et comme la détermination de ces espèces est à peu près impossible sur le malade, c'est encore une nouvelle cause

d'embarras pour appliquer les préceptes nébuleux de l'auteur, relativement au taxis.

Nos classiques les plus modernes, sans se contredire aussi formellement que le précédent, conseillent bien les tentatives de réduction, mais ne manquent pas d'ajouter qu'elles peuvent augmenter l'inflammation, produire des déchirures, aggraver en un mot la situation du patient. Ce qui ressort de la lecture de leurs ouvrages, et ce qui est en effet passé dans la pratique générale, c'est qu'il est dangereux de presser beaucoup et longtemps sur les hernies. Ceci nous explique pourquoi le taxis n'a le plus souvent réussi que dans les étranglements peu serrés, et pourquoi jusqu'à ces dernières années les chirurgiens imbus de cette opinion s'en tenaient habituellement à un taxis modéré, répété trois ou quatre fois, pendant qu'ils employaient concurremment quelqu'un des moyens médicaux dont j'ai parlé tout à l'heure.

C'était là une pratique déplorable.

Amussat a le mérite d'avoir le premier appelé l'attention sur les avantages que pouvait avoir le taxis prolongé (*Gazette médicale* 1831-1832), et Lisfranc celui d'avoir enseigné publiquement dans ses cliniques de la Pitié (*Clinique chirurgicale de la Pitié*, t. II. p. 432) qu'il fallait, pendant les premiers jours surtout, déployer beaucoup de force dans le taxis, et le continuer trente, quarante et jusqu'à soixante minutes ; il a même posé cet aphorisme que M. le docteur Tirman a répété avec raison dans sa thèse récente : *le taxis est la règle et l'opération l'exception*. En 1843, Amussat communiquait encore à

l'Académie des sciences un mémoire dans lequel il développait une opinion analogue, et en 1848 un de ses élèves, M. le docteur Vignolo publiait dans la *Revue médicale*, un travail sur la pratique de ce chirurgien, dans lequel il est dit qu'Amussat ne craint pas d'ajouter à toute la force dont il est capable, la force combinée d'un ou de plusieurs aides qui se relèvent en soutenant leurs efforts pendant tout le temps nécessaire. C'est cette idée que j'ai moi-même reprise, lorsque j'ai dit que j'employais le taxis à deux et à quatre mains.

M. Nivet était sous l'inspiration des travaux de Lisfranc et d'Amussat, lorsqu'il publiait (*Gazette médicale* 1838) quatre observations intéressantes de hernies étranglées réduites, après trois quarts d'heure et une heure, d'un taxis fait successivement par plusieurs personnes. L'auteur ne se sert pas encore du mot *taxis forcé*, qui s'est vulgarisé plus tard, mais comme il parle de la fatigue qui obligeait les opérateurs à céder la place à d'autres, il est évident que le taxis qu'il employait est bien celui que nous considérons aujourd'hui comme forcé. C'est d'ailleurs le moment de dire que les chirurgiens qui sont entrés dans cette voie n'ont pas séparé la *force* de la *durée*, et ont fait en même temps le taxis forcé et le taxis prolongé. Si j'ai séparé ces deux choses dans mon exposé, c'est qu'il était nécessaire d'appeler l'attention tout à la fois sur ces deux points, mais il est bien entendu que quand le taxis se prolonge, il devient presque toujours forcé.

Deux choses principales manquaient aux travaux d'Amussat, de Lisfranc, de Nivet : d'abord, l'exposé

d'un nombre de faits assez grand pour frapper l'attention des chirurgiens, et montrer que l'intestin pouvait sans inconvénient, lorsqu'il n'était pas encore gravement altéré, supporter les pressions violentes, nécessaires pour le faire rentrer; ensuite l'indication, sans subterfuge, des accidents et des revers auxquels on doit toujours s'attendre, dans une certaine proportion, lorsqu'il s'agit d'une maladie aussi grave et aussi trompeuse dans ses manifestations anatomiques et fonctionnelles, que l'est l'étranglement herniaire.

J'ai essayé de combler cette lacune par une première publication, celle de 1859, où je relatais quarante-une observations de taxis plus ou moins prolongé qui m'avaient donné quarante succès et une mort, et par la publication de mes statistiques de 1859, 1860, 1861 et 1862. Je crois avoir réussi de cette façon, sinon à faire adopter par tout le monde, au moins à répandre cette opinion, que le taxis continué assez longtemps est la méthode de traitement par excellence des étranglements herniaires à leur début, c'est-à-dire de ceux qui n'ont pas, terme moyen, plus de quarante-huit heures de durée.

Il manquait une dernière chose, pour que la méthode d'Amussat et de Lisfranc se vulgarisât, c'étaient des adjuvants qui permissent de rendre la manœuvre moins douloureuse pour le malade, moins fatigante pour le chirurgien. Ces adjuvants sont connus aujourd'hui. L'un d'eux, le plus puissant sans contredit, est l'anesthésie par le chloroforme ou l'éther dont M. le docteur Guyton de Nuits, a l'un des premiers signalé les bons effets et dont il vient encore de s'occuper dans

un travail récent (*Gazette hebdomadaire* 1864). L'autre est moins connu et n'est applicable qu'à un petit nombre de cas, mais dans ceux où il peut être mis en usage, il me paraît offrir une grande ressource; je veux parler d'une bande de caoutchouc vulcanisée qui exerce une forte pression sur la tumeur. Ce moyen a été proposé par M. Maisonneuve.

Aujourd'hui donc je suis autorisé à dire que le taxis, aussi forcé et aussi prolongé que cela est nécessaire, est une méthode qui doit se généraliser, parce que, employée à temps et dans les cas opportuns, elle offre peu de dangers et grande chance de succès. J'ai lu avec plaisir dans la thèse de M. Tirman, qu'un auteur allemand, dont jusque-là j'avais ignoré le travail, M. Strenbel de Leipsig avait publié en 1861 (*Prague Vierteliahrschrift*) sur ce sujet des opinions analogues à celle que je défends depuis une dizaine d'années en France.

Il me reste à décrire le manuel opératoire, les soins consécutifs à l'opération, et les accidents possibles qui peuvent lui succéder.

A. — *Manuel opératoire du taxis.* — Je l'étudierai successivement pour les cas dans lesquels on ne donne pas le chloroforme ou l'éther, puis pour ceux dans lesquels on administre l'un ou l'autre.

1° *Manœuvre du taxis sans anesthésie.* — Je ne voudrais pas qu'on fît le taxis sans anesthésie, mais on y est forcé quelquefois, lorsque par exemple le malade ne consent pas à être endormi, ou lorsque le chirurgien n'a pas de chloroforme à sa disposition, comme cela peut arriver loin des grands centres, ou enfin lorsque le

praticien n'a pas assez de confiance en lui ou d'habitude pour administrer l'agent anesthésique. Or, je tiens à poser des préceptes pour les malades qui se trouvent dans ces positions exceptionnelles.

Examinons d'abord le cas où la hernie est de petit ou de moyen volume, c'est-à-dire trop peu proéminente pour que tous les doigts de la main puissent en même temps s'appliquer sur elle et l'entourer. Il faut commencer par bien placer le malade. Celui-ci doit être couché sur le dos, les cuisses fléchies sur le bassin, les jambes fléchies sur les cuisses, afin de relâcher le plus complétement possible les muscles de la paroi abdominale. Le bassin doit en même temps être légèrement élevé au moyen d'un oreiller ou mieux d'un coussin un peu résistant. Amussat a conseillé de placer sous le siége un plan dur, tel qu'une planche, mais cette précaution ne serait nécessaire que si le lit était très-mou. Le chirurgien se place du côté correspondant à la hernie, et à droite de préférence, s'il s'agit d'une hernie à peu près médiane, comme le sont ordinairement celles de l'ombilic.

a. Supposons donc une hernie petite ou moyenne, soit médiane, soit dans l'aine droite, et conséquemment le chirurgien placé à droite. Il amène l'extrémité des deux ou trois premiers doigts de sa main gauche au niveau du pédicule, de manière à l'entourer le plus complétement possible, et il place l'extrémité des mêmes doigts de la main droite sur le contour du corps de la tumeur, de façon à l'embrasser sur un grand nombre de points, et à faire supporter à tous ces points une pression à peu près identique. Il fait alors agir ces doigts comme pour

refouler le corps de la hernie du côté de son pédicule ; les doigts gauches, placés sur ce dernier point, pressent eux-mêmes de manière à empêcher la hernie de s'étaler, et à la diriger du côté de l'abdomen. Les deux mains travaillent en même temps, comme le dit M. Camille Bernard, mais ceux de la main droite travaillent un peu plus que ceux de la main gauche, parce qu'il importe que les pressions aient pour résultat de refouler la hernie vers le ventre, c'est-à-dire de bas en haut et non en sens inverse, ce qui aurait lieu si les doigts de la main gauche placés sur le pédicule agissaient plus fortement que ceux de la droite. On évite en outre d'appuyer sur le fond de la tumeur, afin de ne pas s'exposer à décoller le sac herniaire et par suite à faire une réduction en masse. Nous verrons en effet que ce décollement du sac a lieu surtout lorsqu'on presse sur le fond exclusivement ou plus fortement que sur les autres points.

On commence par des pressions modérées, et l'on augmente progressivement leur force si l'on sent que la tumeur résiste. Lorsque les doigts commencent à se fatiguer, on les retire ; on les replace bientôt après, en changeant au besoin leur situation respective, et on continue ainsi jusqu'à ce qu'on ressente une nouvelle fatigue. Si cette fatigue devient telle qu'on éprouve le besoin de se reposer, on se fait remplacer par un aide. Si l'on n'en a pas à sa disposition, mieux vaut arrêter quelques minutes, et recommencer aussitôt qu'on se sent en mesure de le faire.

En tout cas, on ne doit pas oublier que le précepte

capital est de presser sur le contour de la tumeur et sur le pédicule, mais en observant bien que dans ce dernier point la pression doit être un peu moins forte que sur les autres portions de la tumeur. On continue, s'il le faut, vingt, trente, quarante minutes, et même pendant une heure; on s'arrête lorsqu'après des efforts inutiles on trouve la résistance telle, qu'on n'a plus rien à espérer du taxis. Je conviens que cette limite est bien arbitraire, et je voudrais pouvoir en assigner une plus précise, mais cela m'est impossible, et je dois laisser à chacun le soin d'apprécier si la sensation de résistance qu'il éprouve est de nature à lui faire admettre l'impossibilité de la réduction. Ceux qui connaîtront désormais les ressources et l'innocuité du taxis (toujours supposé pratiqué de bonne heure) n'arriveront certainement pas à cette conclusion avant une demi-heure d'efforts, et l'accepteront au plus tard au bout d'une heure.

b. Si la hernie est assez volumineuse et assez proéminente, pour pouvoir être entourée par les mains tout entières, la gauche placée en pronation, la face palmaire tournée du côté du ventre, viendra entourer à la manière d'un cercle le pédicule, pendant que la droite entourera le corps de la tumeur, sans presser sur le fond. On exerce ainsi la pression en ayant toujours soin que la main gauche agisse un peu moins fortement que la droite. Dès qu'on est fatigué, on fait presser par un autre aide, et au besoin par deux autres qui placent leurs mains sur les points du contour de la hernie que ne peut embrasser l'opérateur, ou même sur les mains de ce dernier.

Il m'est arrivé deux fois d'ajouter aux pressions qui viennent d'être indiquées, des mouvements en masse de latéralité ou d'avant en arrière que je faisais exécuter à la grosse tumeur embrassée par mes deux mains. Il m'a semblé que ces mouvements avaient été utiles, en amenant dans les portions herniées des changements de position qui pouvaient faciliter la réduction.

C'est dans ces cas de tumeurs volumineuses et saillantes, comme sont principalement les grosses hernies inguino-scrotales, qu'on peut se servir avec avantage de la bande en caoutchouc. On commence par enrouler cette bande autour de la tumeur en serrant un peu, et on arrête les chefs en les nouant l'un à l'autre. La bande une fois appliquée, on peut se comporter de deux manières: ou bien attendre une heure ou deux pour voir si la pression exercée par le retrait élastique du caoutchouc, aura assez de puissance pour faire rentrer la hernie; ou faire le taxis manuel par dessus la bande en caoutchouc. On peut assurément employer d'abord le premier de ces moyens, et, au bout d'une heure ou deux, en venir au second; mais comme je suis toujours d'avis qu'il vaut mieux perdre le moins de temps possible, j'ajouterais de suite la pression intelligente des mains à la pression aveugle du caoutchouc.

Quant à la durée du taxis dans ces sortes de cas, lorsque la réduction n'est pas obtenue, je ne puis que répéter ce que j'ai dit plus haut: une demi-heure au moins, une heure au plus.

c. Lorsque la réduction a lieu, on est averti de la rentrée de la hernie par la sensation brusque d'une résis-

tance vaincue, et la disparition ou une diminution très-notable de la tumeur. Il s'y ajoute aussi quelquefois la sensation de gargouillement. Dans d'autres cas encore la tumeur ne disparaît pas brusquement, mais peu à peu, comme si les viscères avaient été refoulés successivement, ou comme si, en cas d'entéro-épiplocèle, l'intestin était rentré d'abord et l'épiploon ensuite. Il ne faut pas oublier d'ailleurs que chez certains sujets, l'épiploon est adhérent et irréductible depuis longtemps, et que l'intestin seul est susceptible de réduction Les commémoratifs qu'il faut toujours avoir recueillis avec soin, nous avertissent que, dans ces cas, le taxis ne doit avoir pour effet que de refouler l'intestin, et qu'il ne faut pas compter sur la disparition entière de la tumeur pour apprécier le résultat heureux de la manœuvre. Il est vrai que la sensation brusque de résistance vaincue, le gargouillement, la diminution sensible de la tumeur, dont la portion restante est pâteuse et n'offre plus la résistance et la tension qu'on avait observées d'abord, feront croire à la réduction de l'intestin. Mais il peut arriver qu'on reste dans le doute, que la diminution de volume ne soit pas évidente, parce que la portion épiploïque de la tumeur est très-considérable par rapport à la portion intestinale. Nous verrons que cette difficulté se rencontre spécialement pour les grosses hernies ombilicales. Il faut bien, en pareil cas, attendre les résultats de l'observation ultérieure, donner le purgatif d'exploration dont j'ai souvent parlé, et suivant qu'il y a ou n'y a pas de garde-robes, que les vomissements ont cessé ou ont continué, croire soit à une réduction

suffisante, soit à la persistance de l'étranglement.

d. Lorsqu'on a affaire à une hernie qui était habituellement réductible avant les accidents récents, on doit se défier de deux choses : l'apparence de réduction, et l'apparence de non-réduction.

Apparence de réduction. — Très-souvent on a cru, à la suite d'un taxis plus ou moins prolongé, à une réduction qui en réalité n'avait pas eu lieu. On a été le jouet de cette illusion, surtout dans des cas de hernie crurale ou intra-inguinale peu volumineuse. Après un certain temps de pression, on n'a pas eu, il est vrai, la sensation de rentrée brusque, mais on a trouvé la tumeur moins tendue, et elle a paru moins volumineuse. On croit que ce qui reste, est ou de l'épiploon irréductible, ou un sac très-épais, ou une hernie graisseuse concomitante; mais on ne tarde pas à reconnaître que tous les symptômes de l'étranglement ont continué, et qu'on avait été induit en erreur. Il est probable que cette apparence trompeuse vient de ce que les pressions ont fait rentrer une partie ou la totalité du liquide contenu dans le sac, ou de ce qu'elles ont refoulé tout à la fois et la tumeur et les plans musculaires sur lesquels celle-ci repose. J'avoue cependant qu'il m'est impossible de donner la démonstration rigoureuse de l'une ou de l'autre de ces explications.

Il suffit d'avoir donné l'indication de cette erreur et d'ajouter qu'elle est commise surtout par les débutants, pour que les moyens de l'éviter se déduisent tout naturellement. Avant de croire à la réduction, il faut explorer dans tous les sens, saisir la tumeur d'un côté à

l'autre, et voir si l'on trouve sur quelque point la tension et la résistance de l'anse intestinale étranglée. Il faut d'ailleurs avoir assez bien étudié la tumeur soit avant, soit pendant le taxis pour pouvoir juger si la diminution de volume que l'on croit observer est réelle ou si elle est apparente. C'est affaire de toucher et d'habitude.

Apparence de non-réduction. — Il y a apparence de non-réduction, lorsque l'on croit ne pas avoir réussi par le taxis, et que cependant on a réussi. Ce genre d'illusion tient à ce qu'il reste souvent un sac assez épais ou assez doublé par de la graisse, pour faire croire à la persistance de la tumeur. Mais il suffit d'analyser avec soin les sensations données par le toucher, et de tenir compte de la disparition de la tension et de la résistance préalables de la tumeur, en même temps que de sa diminution, pour éviter cette erreur que commettent encore plus souvent les débutants que les praticiens exercés.

e. Supposons maintenant que la hernie est à gauche, et qu'à cause de cela le chirurgien se place à gauche. La manœuvre est exactement la même que tout à l'heure, si ce n'est qu'on met la main droite placée en demi-pronation sur le pédicule, et la gauche placée en pronation complète, sur le contour du corps de la hernie. Il est un peu plus difficile que tout-à-l'heure de gouverner les pressions, de manière à donner la supériorité à celles d'en bas, parce que la main droite est plus vigoureuse et tend conséquemment à l'emporter sur la gauche. Mais on corrige cette tendance par la volonté, et si par hasard on n'y parvenait pas, on pourrait à la rigueur se

placer encore à droite, quoique l'allongement des bras nécessité par cette position doive amener plus promptement la fatigue.

2° *Taxis avec anesthésie.* — J'ai déjà dit que dans les cas où l'on était libre de ses actions, il fallait toujours recourir à l'anesthésie, lorsqu'après quelques minutes de taxis on n'avait pas fait la réduction.

Il est incontestable en effet qu'une fois le sommeil obtenu, la hernie cède plus aisément. Il m'est arrivé dix fois pour des cas où l'étranglement, n'ayant pas plus de trente-six heures, avait été déjà traité par le taxis sans chloroforme pendant un temps assez long, d'endormir les malades et de réussir au bout de quatre à cinq minutes.

Sur les sujets auxquels j'ai réduit des hernies étranglées par le taxis, j'ai employé trente fois le chloroforme, et le taxis n'a pas été prolongé plus de dix à quinze minutes.

En 1859, à l'époque où j'ai publié mon premier travail, je n'avais pas assez de faits de réduction à la suite du chloroforme, pour établir une distinction sûre entre la durée du taxis sans anesthésie et celle du taxis avec anesthésie, et conséquemment j'ai, d'une manière générale, évalué à quarante-cinq et soixante minutes la limite à laquelle il fallait s'arrêter si la réduction n'était pas obtenue. Mais j'ai, depuis cette époque, noté qu'après le chloroforme, j'arrivais à la réduction dans un espace de temps beaucoup plus court, entre cinq et quinze minutes.

C'est pourquoi je dis aujourd'hui que le taxis avec

chloroforme, quand on l'emploie à temps, peut, jusqu'à un certain point être forcé, mais n'a pas besoin d'être prolongé, comme il devait l'être du temps d'Amussat et de Lisfranc, alors que les chirurgiens n'avaient pas cette ressource à leur disposition. S'il peut donner un succès, il doit le donner au bout de quinze minutes, vingt tout au plus; si donc au bout de ce temps, la réduction n'est pas obtenue, cela tient probablement à ce que la constriction est telle que le taxis ne saurait la surmonter, et il vaut mieux ne pas insister davantage, afin de ne pas s'exposer à contondre trop fortement l'intestin, ou à le réduire en masse.

J'ajoute à l'appui de ce précepte que, dans ces quatre dernières années 1860, 61, 62 et 63, j'ai obtenu la réduction par le taxis, toutes les fois que j'ai cru opportun de l'entreprendre, et la manœuvre n'a pas été prolongée au delà de quinze minutes. Sans doute, si je n'avais pas réussi, j'aurais continué encore quelques minutes; mais avec l'anesthésie la question d'impossibilité m'eût paru jugée, si je n'avais pas réussi, au bout de vingt minutes pour une petite et moyenne hernie, au bout de trente pour une grosse. Le chloroforme a donc ce double avantage de rendre la réduction plus facile, lorsqu'elle est possible, et de supprimer une partie de cette longue durée du taxis dont j'ai parlé plus haut, laquelle expose davantage à la réduction en masse.

MM. les docteurs Guyton (de Nuits) et Bertholle, dans les travaux que j'ai déjà cités, ont les premiers attiré l'attention sur l'utilité de l'anesthésie comme adjuvant du taxis; quelques succès obtenus de cette manière ont,

depuis, été consignés dans nos recueils périodiques. J'ai moi-même insisté sur ce sujet dans mes précédentes publications, et j'ai le regret d'entendre encore souvent citer des exemples de taxis faits sans résultat sur des malades qu'on n'avait pas endormis. Je ne doute pas, d'après les faits dont j'ai été témoin, qu'on aurait réussi, si l'on s'était servi de chloroforme.

Je m'appuie pour énoncer cette opinion sur mes observations de ces quatre dernières années, dont je parlais tout à l'heure.

Il ne faut pas oublier que dans tous ces cas il s'agissait d'étranglements assez récents, pour que je me sois cru autorisé à ne pas craindre les résultats du taxis forcé, tandis que dans ceux d'étranglements plus anciens, où je devais avoir des craintes, je n'ai pas entrepris le taxis et j'ai préféré opérer de suite.

Le chloroforme est l'agent auquel j'ai donné la préférence jusqu'ici, mais j'ai tout lieu de penser que l'éther remplirait tout aussi bien les indications.

Quant à l'explication des avantages de l'anesthésie, j'en ai donné une que je crois toujours la plus importante, c'est qu'une fois la sensibilité engourdie, le chirurgien n'est plus arrêté par les cris et les plaintes du patient, et conséquemment pousse ses pressions un peu plus loin qu'il ne le ferait sans doute, si la souffrance trop vivement accusée éveillait dans son esprit la crainte des accidents possibles. En outre, le malade ne remue pas, et ne fait pas perdre au chirurgien une partie de la force dépensée. M. Guyton ajoute que le relâchement musculaire de la paroi abdominale est

aussi très-favorable. Nul doute en effet que ce ne soit un avantage de n'avoir plus à lutter contre cette contraction, qui a pour résultat, en diminuant la capacité de l'abdomen, de s'opposer à la rentrée des viscères. J'admets donc aussi l'utilité, à ce point de vue, de l'anesthésie, sans attacher pour cela, comme je m'en suis expliqué plus haut, la même importance que M. Guyton à la contraction abdominale dans le mécanisme de l'étranglement.

Je n'ai rien de spécial à dire du manuel opératoire, pour les cas dans lesquels on a recours à l'anesthésie, car la manière de procéder est la même que dans ceux où l'on n'emploie pas le chloroforme.

B. — *Suites, résultats et accidents possibles du taxis.* — Il faut les examiner dans les deux circonstances suivantes : 1° lorsque la réduction a été obtenue ; 2° lorsqu'elle ne l'a pas été.

1° Lorsque la réduction a été obtenue, la règle est que les douleurs et tous les symptômes fonctionnels disparaissent promptement, que les selles se rétablissent au bout de quelques heures et que le malade soit en état, au bout de deux ou trois jours, quelquefois plus tôt, de reprendre ses occupations et ses habitudes. J'ai déjà dit que j'avais réussi de cette façon sur un nombre assez considérable de malades. Cependant on peut observer des phénomènes plus ou moins inquiétants et des accidents sérieux : je veux parler des coliques consécutives, de la péritonite suraigue par épanchement, et de la réduction en masse ou substitution d'un étranglement interne à l'étranglement externe qui existait d'abord.

a'. Coliques consécutives. — Deux fois j'ai constaté des coliques très-vives pendant les deux ou trois heures qui ont suivi la réduction; puis ces coliques ont cessé après l'application de cataplasmes chauds, et la guérison n'en a pas moins été promptement obtenue. Dans un autre cas les coliques ont duré douze heures, ont été accompagnées de deux vomissements et d'un léger ballonnement du ventre. J'ai craint une réduction en masse, mais l'amélioration observée le lendemain et la diminution assez prompte de ces phénomènes m'a fait penser qu'en définitive il s'était agi probablement d'une légère péritonite qui existait avant la réduction et qui avait continué après, en perdant de son intensité, la cause une fois disparue.

b'. Péritonite suraigue par épanchement. — Quelquefois le malade n'éprouve pas, à la suite de la réduction, le bien-être que l'on observe dans les cas heureux. La face au contraire s'altère et se grippe de plus en plus, le pouls s'affaiblit davantage, les pieds, les mains et le nez se refroidissent. Les vomissements continuent et conservent même leur caractère fécaloïde, s'ils l'avaient déjà avant la réduction. La voix s'éteint, le ventre se ballonne de plus en plus, le malade accuse de vives souffrances dans le ventre, à moins que le collapsus ou épuisement nerveux dans lequel il est déjà tombé soit assez prononcé pour que la sensibilité se soit affaiblie. La mort survient enfin au bout de douze, quinze ou vingt-quatre heures.

J'ai dit que sur cinquante-trois cas de réduction, j'avais eu deux fois à déplorer ce genre de terminaison,

Dans un des cas que j'ai rapporté en 1859, j'ai été surpris, comme il faut bien s'attendre à l'être de temps en temps, quand il s'agit d'une maladie aussi insidieuse dans sa marche et dans ses formes. La tumeur était petite, mais il s'était écoulé trop peu de temps (à peine neuf heures), pour que j'aie dû craindre une perforation dont la présence n'était indiquée par aucun symptôme. Dans l'autre cas, en 1863, j'ai été moins surpris. Vingt-quatre heures n'étaient pas écoulées, et la hernie était volumineuse, conditions peu favorables à l'idée de la perforation prématurée; mais la peau était rouge, et le tissu cellulaire sous-cutané empâté. Je trouvais là des conditions mauvaises qui contre-indiquaient le taxis. J'ai été entraîné à le faire par la gravité du cas, le refus absolu d'une opération, et l'opinion contraire à la mienne des confrères qui m'assistaient.

Il n'y a pas à douter, en pareille circonstance, qu'un intestin perforé a été réduit, et que la perforation a laissé passer dans la cavité péritonéale des liquides et des gaz intestinaux. C'est le danger le plus à redouter après le taxis, et c'est afin de l'éviter que j'ai donné le conseil de ne pas l'essayer au delà de deux ou trois jours, après avoir tenu compte, pour se décider à le rejeter avant l'expiration de la première de ces périodes, ou à le tenter entre elle et la seconde, tout à la fois du volume de la tumeur et des accidents fonctionnels. Je vais même plus loin : lorsque la tumeur est petite et affaissée, quoique les quarante-huit heures ne soient pas écoulées, il faut s'abstenir, non-seulement du taxis forcé, mais même du taxis modéré, c'est-à-dire qu'il

ne faut faire aucune pression. Alors, en effet, on pourrait très-facilement réduire l'intestin, par cela même qu'il est perforé et qu'il s'est débarrassé d'une partie du gaz qu'il contenait. C'est ce qui arrive quelquefois aux malades qui, n'en connaissant pas les inconvénients, ont le tort de persévérer indéfiniment dans le taxis. J'ai cité deux cas de ce genre, observés sur des sujets qui avaient été amenés à l'hôpital, après cette réduction pratiquée par eux-mêmes. Ils n'ont pas tardé à succomber, et l'autopsie a démontré la perforation cause de la mort, perforation amenée par l'étranglement lui-même et non par la manœuvre. Qu'on me permette de dire en passant qu'il serait par trop injuste de s'appuyer sur des observations semblables, pour rejeter la méthode du taxis.

c'. Réduction en masse et substitution d'un étranglement interne à l'étranglement externe. — Il y a substitution de l'étranglement interne à l'externe, toutes les fois qu'on réduit avec l'intestin, l'agent ou l'un des agents de son étranglement.

Cette substitution est due à la réduction dite en masse ou en bloc, lorsqu'on refoule avec l'intestin le sac tout entier et son collet. En pareil cas, les viscères herniés ne rentrent pas dans la cavité péritonéale ; ils sont refoulés entre le péritoine pariétal qui est soulevé et décollé, et la portion musculaire de la paroi abdominale. Cet accident, signalé pour la première fois par Arnaud et Ledran, a été tout particulièrement étudié par Dupuytren (*Leçons orales de clinique chirurgicale*, t. V, p. 549), qui dit en avoir vu huit ou dix exemples.

Mais comme ceux-ci ne sont pas rapportés avec détails, nous ne pouvons savoir s'ils se sont produits sous la main des malades ou sous celle du chirurgien.

M. James Luke a publié, et le *Journal de chirurgie de M. Malgaigne* (t. II, p. 108) a reproduit, en 1844, un excellent article dans lequel l'auteur, après avoir remarqué que cet accident n'a pas beaucoup occupé les chirurgiens anglais, soit parce qu'il a lieu rarement dans leur pays, soit parce qu'on l'a méconnu quand il s'est rencontré, en cite cinq exemples qu'il a lui-même observés, et dont trois se sont terminés par la mort sans opération, tandis que dans les deux autres, il y a eu opération suivie une fois de la mort, une autre fois de la guérison. Mais les cinq observations se ressemblent par cette circonstance que, dans toutes, la réduction a été faite par le malade lui-même et non par un chirurgien. M. Teale (*Pratical treatise on hernia*, 1846, p. 148) consacre un chapitre spécial à la réduction en masse, et présente un tableau de 22 cas, parmi lesquels sont rapportés ceux d'Arnaud, de Dupuytren, de Luke, et trois autres observés par des chirurgiens anglais. Il ne dit pas, à propos de chacun des faits, si la réduction a été opérée par le malade ou par le chirurgien, mais il émet cette proposition que dans une forte proportion des cas qui ont été observés, la hernie avait été réduite par les malades eux-mêmes.

J'ai personnellement réduit 53 hernies étranglées, et il ne m'est pas arrivé une seule fois de réduire l'intestin avec le sac, et les deux seuls cas de ce genre que j'ai rencontrés dans ma pratique (tous deux en 1863) ont

été observés sur des hommes qui avaient réduit eux-mêmes leur hernie, après des efforts considérables, et s'étaient fait apporter à l'hôpital de la Pitié, à cause de la persistance des accidents.

J'insiste beaucoup sur la fréquence des réductions en masse par les malades eux-mêmes, car j'ai entendu faire au taxis forcé le reproche qu'il expose à cet accident, et citer à l'appui, des cas dans lesquels c'était le malade et non le chirurgien qui l'avait produit. Je tiens à ce qu'on ne juge pas le taxis avec des faits de ce genre, parce que dans ces cas le malade, tout naturellement, n'observe pas les règles que le chirurgien doit connaître et mettre en pratique, et dont l'exécution s'oppose à la réduction en masse. J'ai montré plus haut, en effet, que dans les manœuvres régulières et vraiment chirurgicales, il ne fallait pas presser sur le fond de la hernie, mais seulement au niveau du corps et du collet. Or, les malades font précisément l'inverse; ils appuient sur le fond bien plus que sur le reste de la tumeur, parce que cette manière de faire leur est plus commode et qu'ils en ignorent tout à fait le danger.

Je n'en reconnais pas moins que la réduction en masse est un des accidents possibles du taxis. On doit supposer qu'elle a eu lieu, lorsque, la tumeur ayant disparu, le malade continue à avoir des coliques, des vomissements et une constipation rebelle. Mais il est difficile d'arriver à une notion complète de la nature des accidents pendant les premières heures, puisque certains sujets ont encore un ou deux vomissements et des coliques après un taxis régulier, et que la plupart

ne vont à la selle qu'au bout de quelques heures. C'est donc parce que après dix à douze heures écoulées, le malade n'éprouve pas le bien-être qu'il devrait ressentir, qu'on en vient à soupçonner la lésion. Le diagnostic se confirme quelquefois par le palper, qui fait reconnaître profondément dans la paroi abdominale, au-dessus de la région où se trouvait la hernie, une partie tendue, résistante, douloureuse à la pression; il se confirme encore mieux si, en faisant tousser fortement le malade, surtout après l'avoir fait mettre debout, on voit reparaître une partie ou même la totalité de la tumeur.

Lorsque le palper et la toux ne fournissent aucune indication, et que les symptômes d'étranglement persistent, on peut hésiter entre une péritonite par épanchement, un étranglement interne concomitant ou la réduction en masse. Mais, dans le doute, il vaut mieux accepter cette dernière opinion, qui offre encore une ressource, celle du débridement, tandis que les deux autres laissent le chirurgien désarmé en présence d'un mal qu'il faut considérer comme inévitablement mortel.

Dans un cas remarquable, mais tout à fait exceptionnel, qui a été rapporté par M. Laugier (*Bulletin chirurgical*), le taxis a eu pour effet de déchirer circulairement la portion de péritoine formant collet, qui étranglait l'intestin, d'où la réduction de ce dernier avec l'anneau tout à fait libre qui l'étreignait. Les accidents ont persisté, et le malade a succombé. L'autopsie a montré qu'il s'agissait d'une hernie inguinale vaginale, et probablement de la variété décrite par A. Cooper, sous le nom

de hernie enkystée de la tunique vaginale. Il s'agissait d'une hernie insolite, et l'accident qui s'est produit est lui-même des plus insolites. Aucune observation semblable n'a été citée avant ni depuis celle-là, et il serait par trop puéril d'invoquer un fait de ce genre contre la méthode.

Dans un autre fait, cité par mon collègue M. Richet, à la Société de chirurgie, en 1862, il y eut réduction, par le chirurgien, de l'intestin avec refoulement de l'anneau du *fascia transversalis*, qui avait continué à l'étrangler. C'est encore une réduction en masse; mais, au lieu que ce fût le collet du sac seul, c'était, avec ce dernier, le contour de l'orifice inguinal interne qui avait maintenu l'étranglement. C'est encore là un cas exceptionnel, dont on aurait tort de se servir pour critiquer et surtout pour rejeter le taxis, tel que je l'ai conseillé.

Ces faits de MM. Laugier et Richet, de même que les autres exemples de réduction en masse qui pourraient m'être objectés me suggèrent d'ailleurs une dernière réflexion à l'adresse des détracteurs du taxis et surtout du taxis régularisé. Si l'on voulait rejeter du traitement des hernies étranglées, les moyens qui exposent à des insuccès, il ne resterait plus absolument rien; je me trompe, il ne resterait que le caprice du jour, l'inspiration du moment. Car si vous faites le taxis, vous pouvez avoir la réduction en masse ou la péritonite par épanchement. Si vous opérez de suite, vous pouvez avoir la blessure de l'intestin, ou la mort par la péritonite consécutive à la plaie du péritoine. Si vous employez

les moyens doux, médicaux, vous exposez vos malades aux deux grands inconvénients de la temporisation : la mort ou la formation d'un anus contre nature. Quelque parti qu'il adopte, le chirurgien accepte une grande responsabilité ; mais c'est là une conséquence forcée de sa position en présence de cette maladie, comme en présence de toutes les maladies graves qui demandent une intervention chirurgicale. Que diriez-vous d'un chirurgien qui refuserait, à un individu près de mourir asphyxié, les chances heureuses de la trachéotomie, parce que cette opération expose à la mort par syncope et par entrée du sang dans l'arbre bronchique ; ou de celui qui laisserait périr un blessé d'une hémorrhagie de l'artère crurale, sous prétexte que la ligature pourrait amener la gangrène du membre. Vous diriez que ce chirurgien ne comprend pas sa mission, et qu'il devrait savoir, en présence des cas graves, accepter la chance d'échouer, lorsque celle de réussir est plus probable.

Notre position est exactement la même en présence d'un étranglement herniaire. Fatalement mortel dans le plus grand nombre des cas, si on l'abandonnait à elle-même, cette maladie sera toujours, de temps à autre, quoique nous fassions, réfractaire à nos moyens d'action, la situation du patient pourra même être aggravée par eux. Notre devoir est de choisir parmi ces moyens ceux qui ont le plus de chance de réussir, sans oublier qu'il n'en est pas qui réussisse toujours. Si l'on croit que la temporisation indéfinie soit la meilleure méthode, qu'on apporte des faits en quantité suffisante pour montrer qu'on a perdu, en agissant ainsi, moins de malades, qu'en

employant le taxis dès le début. Si l'on croit que l'opération immédiate, soit préférable, qu'on produise encore les faits à l'appui. Pour moi, je pense que les meilleurs modes de traitement sont : le taxis au début, et l'opération aussitôt que le taxis est jugé insuffisant; j'ai donné mes raisons et mes faits à l'appui, et, si j'ai des contradicteurs, je les prierai, à leur tour, de donner les leurs. Jusque-là, je demande qu'on ne se laisse pas tromper par quelques malheurs inévitables, à l'abri desquels ne se trouve aucun mode de traitement, ou par des faits exceptionnels qui ne prouvent rien.

2° Lorsque la réduction n'est pas obtenue par le taxis, qu'on a fait régulièrement avec une force suffisante, etqui a duré longtemps, celui-ci a, dit-on, l'inconvénient de contondre l'intestin, de l'exposer à une inflammation plus vive, à une gangrène plus rapide, et conséquemment de diminuer les chances de l'opération, quand on se décide à la pratiquer. Cet inconvénient, attribué au taxis non réussi, a paru sérieux, et bien peu de chirurgiens ont manqué de l'invoquer, pour expliquer et excuser les revers dont ils étaient témoins à la suite de la herniotomie. Mais j'ai fait observer dans mes publications précédentes deux choses : la première c'est que si la théorie permet en effet de comprendre l'aggravation des lésions de l'intestin par le taxis, la pratique n'en donne pas la démonstration. Car sur les sujets qui avaient été soumis à des taxis violents, j'ai bien trouvé des ecchymoses, des épanchements plastiques et même de petites perforations; mais j'ai constaté exactement les mêmes lésions sur d'autres qui n'avaient

pas été soumis au taxis, chez lesquels l'étranglement à lui seul les avait produites, et je n'ai pas eu de moyen pour distinguer quelle avait été, dans la production de ces lésions, la part du taxis et celle de la maladie.

J'ai dit en second lieu que la théorie, s'il faut s'en rapporter à elle, nous dit que ces lésions de l'anse intestinale sont bien plutôt la conséquence de l'inflammation consécutive, que de l'action traumatique elle-même; que le mieux serait de ne pas laisser à cette inflammation le temps de se développer concurremment avec celle qu'occasionne l'étranglement, et que pour cela il faut débrider immédiatement après l'échec du taxis. Bien peu de chirurgiens suivent ce conseil que je donne depuis longtemps. On ne comprend assez que le taxis progressif, quand il réussit, est un excellent moyen de traitement, et, quand il ne réussit pas, est un critérium qui montre que l'opération est indiquée et doit être faite sans retard.

J'avertis donc encore une fois que je ne me décide pas à accuser le taxis de l'insuccès de l'opération, lorsque celle-ci est faite douze, quinze, vingt-quatre heures après les manœuvres régulières de réduction. J'ai cité dans mon travail de 1859, six observations de hernies opérées immédiatement après le taxis resté infructueux entre mes mains, et sur ces six malades cinq ont guéri. J'ai rapporté dans celui de 1863, quatre de mes opérations faites un peu tard sur des malades qui avaient été soumis par d'autres à un taxis que j'ai dû croire forcé, d'après les renseignements qui m'ont été donnés; j'ai eu deux guérisons et deux morts.

DÉBRIDEMENT OU OPÉRATION DE LA HERNIE ÉTRANGLÉE.

Cette opération est indiquée, lorsqu'on a reconnu après l'emploi méthodique du taxis avec chloroforme, que la hernie ne peut pas rentrer, ou lorsqu'il s'est écoulé trop de temps depuis le début de l'étranglement pour que le taxis puisse être essayé.

Elle doit être exécutée aussitôt que l'indication existe, et, différente en cela de bien d'autres opérations, elle ne peut pas être ajournée sans préjudice pour le malade. Sous ce rapport elle est comparable à la ligature d'une grosse artère ouverte, à la trachéotomie pour un croup ou un corps étranger qui détermine l'asphyxie. Agir de suite est un devoir impérieux, et je voudrais que tous les praticiens fussent assez préparés à la herniotomie pour être en mesure de la faire, même sans l'aide d'un confrère, en tout temps et en tous lieux. Ce vœu se réalisera sans doute, si l'on veut bien se persuader que cette opération n'est pas aussi difficile qu'on le pense et qu'elle n'expose pas à autant d'hémorrhagies inquiétantes que l'ont fait croire les chirurgiens du commencement de ce siècle.

Manuel opératoire. — Le malade est couché sur le dos, le bassin légèrement relevé au moyen d'un oreiller ou d'un coussin quelconque; tous les instruments nécessaires (bistouris droits, sonde cannelée, pinces à dissection et à torsion, ciseaux, bistouri boutonné, sonde de femme, tenaculum, fils. etc.) sont préparés sur un plat ou une planche, de l'eau et des éponges sont à la dispo-

sition du chirurgien. Le lit est éclairé aussi bien que possible ; s'il fait nuit (on est souvent obligé d'opérer le soir ou la nuit puisqu'il est interdit de temporiser, lorsque l'indication existe), il faut que deux aides au moins tiennent une bougie basse le plus près possible de la tumeur. Un ou deux aides tiennent les mains; il est bien entendu qu'il n'est pas indispensable que ces diverses personnes soient des médecins.

Je décrirai successivement l'opération *ordinaire*, ou avec ouverture du sac; l'opération sans ouverture du sac, et l'opération après réduction en masse.

A. *Opération ordinaire.* — Elle se compose de quatre temps.

Premier temps : Incision de la peau et des couches sous-cutanées. — On fait une incision simple, verticale ou transversale suivant le sens du plus grand diamètre de la tumeur, ou bien lorsque la tumeur est très-volumineuse, une incision cruciale. Pour cela on tend la peau avec les doigts placés de chaque côté, ou l'on fait préalablement un pli. On a soin d'ailleurs de prolonger l'incision assez haut pour que le pédicule de la hernie au niveau duquel se trouve probablement la constriction soit mis à découvert. On divise ensuite couche par couche, soit directement soit sur la sonde cannelée, suivant la profondeur à laquelle on croit être arrivé, les couches sous-jacentes à la peau; on lie à mesure les petites artères qui se trouvent divisées. On est sûr de n'être pas arrivé sur le sac herniaire, tant que la couleur des tissus est celle de la graisse. Quand on commence à voir une couche plus rouge, ou d'un gris qui tire sur

le noir, on doit penser qu'on n'est pas loin du sac, et il faut alors procéder avec les précautions et les tâtonnements du second temps.

Deuxième temps : Ouverture du sac. — Lorsqu'on suppose qu'on n'est pas loin du sac, on saisit les tissus qui se présentent, soit avec des pinces à disséquer, soit avec un tenaculum, on les attire vers soi et on fait horizontalement ou en dédolant une petite ouverture dans laquelle on glisse la sonde cannelée, pour diviser sur elle les tissus d'abord de bas en haut, puis de haut en bas. On est prévenu que le sac est ouvert si l'on voit s'écouler de la sérosité jaune ou sanguinolente, ou si le doigt porté au-dessous de la dernière section se trouve dans une cavité, ou si encore on reconnaît positivement à son aspect l'anse intestinale. Lorsqu'aucune de ces indications ne se présente, il est probable que le sac n'est pas encore ouvert et on recommence la même manœuvre, c'est-à-dire qu'on incise encore en dédolant et on introduit de nouveau la sonde annelée. Mais avant de procéder ainsi, il faut songer à la possibilité de l'existence d'une hernie sèche et adhérente, et se demander si les tissus qui se présentent n'appartiennent pas à l'épiploon ou à l'intestin. Pour s'en assurer, on les saisit entre les doigts et si l'on reconnaît après les avoir plissés qu'il y a plus profondément une couche résistante et tendue, c'est une preuve qu'on n'est pas encore dans le sac et l'on doit faire une nouvelle section. On recommence ainsi jusqu'à ce que l'on soit guidé par l'un des indices que je signalais tout à l'heure, l'écoulement de sérosité et la surface lisse de l'intestin. Chemin faisant,

on est souvent trompé par la présence de la graisse qui ressemble à de l'épiploon ; mais tant qu'on ne voit pas l'intestin, on peut diviser cette graisse, en la déchirant au besoin avec le doigt, plutôt qu'en la coupant avec le bistouri ; car en supposant que cette graisse appartienne à l'épiploon, la déchirure dont je parle n'aurait pas plus d'inconvénients que s'il s'agissait de la graisse extra péritonéale. On est quelquefois trompé encore, par la couleur brune que présentent les couches celluleuses les plus voisines du sac, mais on peut affirmer qu'on n'est pas dans ce dernier, tant que le doigt ne trouve pas une cavité et que l'œil ne reconnaît pas la surface lisse et bombée d'une anse intestinale. N'oublions pas d'ailleurs que, dans le plus grand nombre des cas, le sac contient un liquide dont l'écoulement est le meilleur guide. Quand enfin l'on est arrivé dans une cavité, et quand après avoir soulevé l'épiploon, ou, s'il n'y a pas d'épiploon, simplement écarté les bords de l'incision avec les doigts ou les pinces, on a reconnu l'intestin à sa surface arrondie et lisse, il ne reste plus qu'à agrandir avec les ciseaux par en bas et surtout par en haut, du côté du pédicule, l'ouverture du sac herniaire, afin d'arriver le plus près possible de ce pédicule où est l'agent de la constriction. Quelquefois ce dernier est situé trop en arrière et trop profondément pour qu'on puisse l'avoir sous les yeux. D'autres fois il est assez superficiel pour que, le sac une fois ouvert, on le voie aisément.

Troisième temps : Débridement proprement dit. — Je suppose d'abord que l'intestin n'est pas adhérent au sac dans une grande étendue, ce qui est le cas le plus fré-

quent. On saisit chacun des bords du sac avec une pince à torsion, ou à défaut de celle-ci avec une pince à disséquer ordinaire, et on confie chacune d'elles à un aide, en recommandant de tirer légèrement en dehors afin de tendre le collet, et en avant afin de l'amener le plus près possible des yeux de l'opérateur. On porte alors le doigt au niveau de l'anneau constricteur, on refoule le plus possible l'anse intestinale avec la pulpe de ce doigt et sur l'ongle on conduit à plat et avec précaution la lame du bistouri boutonné, on tourne le tranchant du côté de la bride et faisant pénétrer la lame de deux ou trois millimètres seulement, on coupe cette bride. On essaie d'enfoncer le doigt qui protège l'intestin, dans le chemin ouvert par la lame. Si le doigt ne peut pas entrer après une première section, on retire la lame et plaçant de nouveau le même doigt sur l'intestin le plus près possible de l'étranglement, on porte une seconde fois le bistouri boutonné sur le même point, ou sur un autre si l'on ne retrouve pas de suite la petite voie ouverte par la première section. Si alors le doigt peut entrer dans l'anneau constricteur, il est probable que le débridement est suffisant; sinon, l'on recommence encore, et l'on fait ainsi ce que Vidal de Cassis appelait le *débridement multiple.*

Il est inutile de discuter la question de savoir si l'on doit préférer le débridement simple au débridement multiple ou *vice versâ.* Il est par trop clair que ce temps, étant le plus scabreux, parce que c'est celui qui expose le plus à la lésion de l'intestin, il vaut mieux l'exécuter en une seule fois qu'en plusieurs. Mais il est clair aussi

qu'on ne doit pas, sous prétexte de ne point multiplier les occasions de léser l'intestin, s'exposer à le blesser au premier coup de bistouri, et qu'il est plus sage de retirer l'instrument après avoir pratiqué une très-petite section, si l'on croit que l'intestin n'est plus suffisamment protégé. Il est d'ailleurs bien entendu que l'instrument porte tout à la fois sur le péritoine du collet et sur l'ouverture fibreuse, sans qu'on ait besoin de se préoccuper de ménager l'un ou l'autre.

Quand le pédicule est assez superficiel pour qu'on voie l'étranglement, on peut débrider avec les ciseaux.

Je viens de décrire le débridement, tel que je le pratique habituellement, mais cette manière de faire n'est pas celle de tout le monde. Beaucoup de chirurgiens cherchent à introduire une sonde cannelée entre l'intestin et l'agent de l'étranglement, puis glissent le bistouri boutonné sur cette sonde. Assurément on peut réussir de cette façon, mais je crains que la sonde ou n'aille pas assez profondément ou aille trop loin; si elle ne va pas assez profondément, elle ne protége pas l'intestin, si elle va trop loin elle peut l'accrocher, le tirailler du côté du ventre, augmenter ainsi une perforation commencée, favoriser un épanchement de matières intestinales dans le péritoine.

M. Huguier se sert, pour pratiquer le débridement, d'une sonde cannelée beaucoup plus creuse que celle de nos trousses, et qu'il nomme sonde en bateau. D'autres ont donné aux bistouris des dispositions ou une forme spéciale. Faut-il rappeler le bistouri à la lime de J.-L. Petit, le bistouri boutonné falciforme de Pott, celui de

A. Cooper? Assurément on peut débrider sans accident avec ces moyens; mais je crains toujours les instruments qu'on fait pénétrer aveuglément à une certaine profondeur derrière le contour herniaire, là où l'intestin peut être rencontré, blessé, tiraillé sans qu'on en soit averti par une sensation précise. Je préfère avoir pour guide mon doigt que je fais entrer peu à peu, même en forçant à mesure que mon bistouri ouvre le passage.

Quatrième temps : Exploration de l'intestin, réduction, s'il y a lieu. — I. On attire légèrement l'anse intestinale, de façon à amener au dehors son point de jonction avec le bout supérieur et avec le bout inférieur. On examine ces deux points afin de voir s'il y a une section ou une perforation à leur niveau. On examine de même le reste de l'anse herniaire, et si on la trouve lisse, peu rouge, sans abcès, sans hernie de la membrane muqueuse, enfin sans perforation, on la repousse doucement jusqu'à ce qu'elle soit rentrée dans le ventre. Cette manœuvre est facile lorsque l'anse est petite ; mais lorsqu'elle est longue on éprouve quelquefois de la difficulté. Alors en effet les trajets herniaires étant larges, et le malade faisant quelques efforts sous l'influence de la douleur, on voit, à mesure que l'une des extrémités rentre, l'autre sortir. Pour compléter la réduction, il est nécessaire que l'une des mains retienne un des bouts et l'empêche de sortir, pendant que l'autre main agit exclusivement sur l'autre bout au niveau même du pédicule, et continue le refoulement.

II. Mais si après avoir débridé, on trouve une perforation de plusieurs millimètres au niveau du collet, ce

dont on est averti et par l'exploration avec les yeux et par l'issue des matières intestinales jaunâtres, on ne peut pas mettre en question la réduction immédiate. Si la plaie avait été faite par le bistouri, je conseillerais de pratiquer la suture de Gély et de réduire, mais je n'ai pas à citer de faits à l'appui de cette manière d'agir. Si au contraire, la perforation que je continue à supposer assez large (de trois à six millimètres par exemple) était un résultat de l'étranglement, le mieux serait d'ouvrir l'anse intestinale avec des ciseaux et de la laisser au dehors à l'état de fistule ou d'anus contre nature.

Si on trouvait une perforation bien évidente sur le corps de la hernie, on se comporterait de la même façon.

III. Si, dès l'ouverture du sac, on avait reconnu à l'affaissement de l'anse herniaire, à la sensation de froid, à la mollesse et à la friabilité des parois une gangrène indubitable, une première question se serait présentée, celle de savoir si l'on devait débrider, et comment il fallait procéder. On a à craindre en effet que la paroi désorganisée de l'intestin se déchire au niveau ou au-dessus du point où porte le débridement et qu'ainsi les matières intestinales trouvent un accès facile dans le ventre, ce qui est l'accident le plus à redouter après la herniotomie. Le débridement ordinaire, c'est-à-dire celui qu'on fait en portant le bistouri entre l'intestin et le collet du sac me paraît exposer beaucoup à cet inconvénient. Arnaud avait conseillé, pour les cas de ce genre, un débridement qui a continué de porter son nom, et qui consiste à introduire l'instrument tranchant

dans la cavité même de l'intestin, et à couper en même temps la paroi intestinale et l'anneau constricteur. Mais il m'a toujours semblé que ce mode opératoire ne mettait pas plus que le précédent à l'abri de la section de l'intestin au delà de l'ouverture herniaire, du côté du ventre, et je ne me suis pas déterminé à y avoir recours.

J'ai préféré, dans les cas de gangrène positive, et j'en donne formellement le conseil, ne pas débrider, au moins provisoirement. Quelle est en définitive l'indication à remplir, en attendant que les parties mortifiées aient été éliminées? c'est de faire cesser la rétention des matières intestinales liquides et gazeuses. Cette indication est remplie, si l'écoulement dont il s'agit peut être obtenu sans débridement; or, chez certains sujets on voit les matières s'échapper d'elles-mêmes, une fois le sac ouvert, parce que l'affaissement de l'anse a permis le passage des matières, ou peut-être, comme l'ont dit quelques auteurs, mais comme je n'ai pas eu l'occasion de le constater, parce que l'agent constricteur lui-même a perdu de sa rigidité par l'extension vers lui soit de la gangrène soit d'un travail inflammatoire qui le ramollit. Il n'y a plus dès lors à songer au débridement. On doit abandonner les choses à elles-mêmes, et mettre une sonde à demeure dans le bout supérieur de l'intestin, tant pour assurer l'écoulement intestinal, que pour rendre plus faciles les soins de propreté.

Lorsqu'au contraire les matières ne sortent pas par l'intestin ouvert, je commence par porter mon petit doigt dans la cavité de l'anse intestinale, dont les parois ne sont pas tellement désorganisées qu'on ne

puisse distinguer sa surface muqueuse, je conduis ce doigt avec précaution jusqu'au niveau de l'étranglement et si l'obstacle ne me paraît pas très-étroit, je fais glisser le long de mon doigt une sonde métallique de femme, et, mieux, si j'en ai une à ma disposition, une sonde en gomme élastique n° 16 à 18, et je la fais arriver en tâtonnant un peu, dans le bout supérieur. Si à deux ou trois reprises j'ai introduit l'instrument, sans voir s'écouler de matières intestinales, j'en conclus que que je n'ai rencontré que le bout inférieur et je renouvelle mes recherches, en me souvenant que le plus ordinairement le bout supérieur est en bas et l'inférieur en haut. Lorsqu'une fois les matières s'écoulent, l'indication que j'ai posée plus haut est remplie et assurée, et le débridement est inutile. Mais si le petit doigt conduit comme je l'ai dit tout à l'heure, est arrêté à cause de l'étroitesse persistante de l'étranglement, j'essaie de dilater et de faire céder la résistance avec ce même doigt qui, placé dans la cavité intestinale, et glissant facilement sur sa surface muqueuse expose beaucoup moins l'intestin à une déchirure dangereuse que ne ferait l'instrument tranchant. Deux fois je suis parvenu, sans aucun accident, à dilater ainsi l'anneau constricteur, et à substituer à mon doigt la sonde dont j'ai parlé, et si je n'ai pas eu recours plus souvent à ce procédé, c'est que l'occasion ne s'en est pas présentée de nouveau. En un mot je remplace, dans les cas dont je m'occupe, par une dilatation simple ou une dilatation forcée avec le petit doigt le débridement ordinaire ou le débridement à la manière d'Arnaud.

Est-ce à dire cependant qu'à la suite de la gangrène confirmée, on pourra toujours se passer de débridement, c'est-à-dire qu'on pourra toujours arriver à introduire une sonde dans le bout supérieur? Je le crois, mais je ne possède pas assez de faits pour pouvoir l'assurer. Si donc, on rencontrait un obstacle invincible à la pénétration du doigt ou de la sonde, il faudrait courir la chance du débridement; mais alors à la méthode d'Arnaud, je préférerais la méthode ordinaire, en multipliant les précautions et ne faisant que de très-petites sections.

Quant à l'épiploon, il est rarement assez gangréné pour que l'indication de l'exciser soit positive. Le mieux est de le laisser dans la plaie. Si cependant il était assez volumineux pour gêner le passage des matières intestinales ou le jeu de la sonde, on pourrait sans inconvénient en exciser une partie. Je m'expliquerai davantage sur ce point, un peu plus loin.

IV. J'ai supposé jusqu'à présent les cas les moins difficiles et heureusement les plus fréquents dans la pratique, ceux où l'anse intestinale est tellement saine qu'on n'a pas lieu d'hésiter à la réduire, ou si largement perforée, si évidemment gangrenée qu'il est clair qu'on doit la laisser au dehors et favoriser l'établissement d'une fistule stercorale ou d'un anus contre nature.

Occupons-nous actuellement de quelques cas plus difficiles. Lorsque l'anse intestinale sans offrir de perforation et sans être affaissée, comme dans la gangrène, présente une coloration très-foncée, doit-on penser que cette coloration indique le début d'une gangrène, qui,

une fois la réduction faite, se compléterait dans le ventre, et amènerait les accidents de l'épanchement ? J'ai dit à propos de l'anatomie pathologique, qu'il fallait attribuer cet état à l'infiltration du sang dans la paroi intestinale. Si donc, quoique d'une couleur très-foncée, l'anse est chaude, non affaissée et sans perforation appréciable, on doit en opérer la réduction.

Si l'on trouve au niveau du collet une érosion de la séreuse et même de la couche musculaire la plus superficielle, on peut craindre que la paroi amincie par cette érosion, amincie aussi peut-être par une érosion analogue, impossible à constater, du côté de la membrane muqueuse, laisse passer par exosmose des gaz dans la cavité péritonéale, après la réduction. Cependant comme il n'y a rien de certain à cet égard, tous les chirurgiens réduisent encore en pareil cas et j'ai moi-même suivi ce précepte. Aujourd'hui, après avoir débridé, j'aimerais mieux laisser l'intestin au dehors et attendre les événements.

Je me conduirais de même s'il y avait soit une ou plusieurs taches blanches indiquant une infiltration plastique ou purulente de la paroi intestinale, soit une hernie de la couche muqueuse à travers la musculeuse et la séreuse érodées. Ces cas-là sont trop rares et n'ont pas été notés avec assez de soin dans la plupart des observations, pour que je puisse démontrer rigoureusement que la non-réduction est moins dangereuse que la réduction. Le premier parti me paraît néanmoins le plus sage, car si une perforation doit se compléter, on le constate au bout de quelques jours par l'issue des matières intesti-

nales ; des adhérences ont eu le temps de s'établir et peuvent s'opposer à l'épanchement dans le péritoine dans le cas où l'intestin rentrerait peu à peu spontanément. Si, au contraire, il ne se produit pas de perforation, la réduction se complète d'elle-même insensiblement, et le séjour de l'intestin dans la plaie n'a pas eu d'inconvénients.

Si enfin on trouvait positivement une ou plusieurs petites perforations, je conseille encore de laisser l'intestin au dehors, sans l'assujettir au moyen d'un fil passé dans le mésentère, et d'attendre la terminaison naturelle de la fistule stercorale ou celle de l'anus contre nature, dans le cas où la paroi intestinale se gangrènerait et s'éliminerait. Dans une discussion, qui a eu lieu à la Société de chirurgie, en 1861, sur la conduite à tenir pour ces petites perforations, j'ai annoncé que j'avais eu trois fois l'occasion d'agir ainsi, et que, sur aucun des malades il n'y avait eu d'épanchement dans le péritoine. Deux ont succombé, il est vrai, mais aux suites de la péritonite si fréquente après l'étranglement herniaire, et rien ne m'a prouvé que le séjour de l'intestin au dehors avait été pour quelque chose dans cette terminaison fâcheuse. Je préfère cette pratique à celle de M. Velpeau qui, en citant quelques guérisons consécutives à la réduction d'un intestin atteint de petites perforations, a semblé donner le précepte, sans le formuler rigoureusement, de réduire toujours en pareille circonstance. Mais si ces faits démontrent que la mort n'a pas lieu nécessairement à la suite de la réduction, parce que des adhérences salu-

taires ont pu s'établir entre les points perforés et d'autres anses intestinales, il n'en est pas moins vrai que l'épanchement mortel peut avoir lieu, et c'est précisément parce qu'il avait observé un cas malheureux de ce genre, que M. Bauchet était venu soumettre cette question de pratique à l'examen de la Société de chirurgie.

On a encore donné le conseil, en pareil cas, non-seulement de ne pas réduire, mais d'ouvrir largement et d'établir de suite un anus contre nature. Je n'ai pas adopté cette manière de faire, parce que les petites perforations peuvent se cicatriser, et les malades guérir sans être soumis aux dangers et aux ennuis de cette grave affection consécutive. Il serait temps d'ouvrir l'intestin si, après douze ou quinze heures d'attente, les matières n'avaient pas repris leur cours, et si les accidents d'étranglement persistaient malgré le débridement.

V.— Que doit-on faire de l'épiploon, dans les cas où l'opération est pratiquée pour une entéro-épiplocèle ? Je me suis jusqu'à présent occupé exclusivement de l'intestin, afin de montrer dans quels cas il était nettement indiqué de le réduire, et dans quels autres il fallait le laisser au dehors. J'ai maintenant à examiner la marche à suivre relativement à l'épiploon, lorsque l'intestin a été préalablement réduit. Ici quatre cas peuvent se présenter : 1° La portion épiploïque est peu considérable, et ne présente aucune trace d'inflammation vive, du moins d'inflammation déjà suivie de suppuration. Le plus simple est de le réduire aussi, et il m'est difficile

de croire que cet épiploon, qui n'est pas resté au contact de l'air, soit assez malade pour communiquer au péritoine la phlegmasie légère, à laquelle il peut avoir pris part dans l'intérieur du sac. Pourtant on pourrait aussi laisser cet épiploon au dehors, sans inconvénient; il serait alors atteint par la suppuration, comme le sac et les parties voisines, prendrait quelques adhérences avec elles, et je ne crois pas qu'un inconvénient quelconque puisse en résulter. J'ai adopté tantôt l'une, tantôt l'autre de ces manières de faire, mais je n'ai pas, je dois le dire, attaché assez d'importance aux suites pour les avoir notées dans mes observations. D'ailleurs, quand les malades ont succombé après la réduction ou après la non-réduction de l'épiploon, quel eût été le moyen de déterminer la part qu'avait eue, dans cette terminaison, la conduite tenue relativement à cette portion de la hernie?

2° La portion d'épiploon est encore peu volumineuse, mais on trouve à sa surface quelques fausses membranes, ou bien son parenchyme est épaissi, semble infiltré de sérosité, et, en l'incisant, on trouve çà et là quelques petits foyers purulents; en un mot il y a épiploïte, et elle est suppurée. Ce cas-là est très-rare et je n'en possède pas d'exemple dans mes observations; mais enfin, s'il se présentait, il est évident que l'indication de ne pas réduire serait positive. Car, en remettant dans le ventre cet épiploon déjà suppuré, on courrait la chance d'occasionner une péritonite grave, par effusion dans la cavité péritonéale, du pus ou des autres produits inflammatoires de l'épiploïte. En laissant l'épi-

ploon au dehors, on ne court pas cette chance, car il est assez ordinaire, sans que nous puissions bien en expliquer les motifs, que l'épiploïte extérieure ne se propage pas dans le ventre, au delà des limites du sac herniaire. Cette épiploïte pourra donc suppurer, se terminer même par une gangrène générale ou partielle, sans qu'il en résulte de dangers pour le malade, et le petit volume que j'ai supposé à l'épiploon ne permettra sans doute pas aux symptômes généraux de prendre une grande intensité. Ici d'ailleurs, je puis encore moins que tout à l'heure appuyer le précepte sur des observations personnelles, puisque le cas que je suppose ne s'est pas présenté à moi.

3° Si par hasard l'épiploon, que je suppose toujours peu volumineux, était gangrené, il est encore plus évident que sa réduction serait formellement interdite, et qu'il faudrait ou simplement le laisser dans la plaie ou en exciser une portion et abandonner le reste à l'extérieur. Mais la gangrène de l'épiploon par le fait de l'étranglement, surtout alors que l'intestin lui-même n'est pas gangrené, doit être très-rare, puisque je n'en ai pas non plus rencontré d'exemple. C'est pourquoi j'aime mieux ne pas discuter longtemps l'indication thérapeutique, d'autant plus que j'arriverais à cette conclusion, que je vais formuler tout à l'heure pour un autre cas, à savoir que, du moment où l'on ne réduit pas, on peut indifféremment et sans que cela ait d'importance, exciser l'épiploon dans le mort ou dans le vif, en faire la ligature, ou l'abandonner à lui-même dans la plaie.

4° Enfin la quantité d'épiploon trouvée dans le sac est tellement considérable qu'on aurait de la peine à le faire rentrer tout entier ou qu'on pourrait craindre avec raison la propagation dans le ventre de l'épiploïte, même peu considérable, qui existerait. En pareil cas, il vaut mieux ne pas réduire, l'expérience ayant montré que l'épiploïte extérieure est habituellement sans inconvénient. Mais la non-réduction une fois adoptée, on a encore le choix, et je le crois à peu près indifférent, entre quatre manières de faire : la ligature, l'excision, la cautérisation, et l'abandon pur et simple de l'épiploon à l'extérieur.

a. La *ligature* de l'épiploon paraît avoir été assez fréquemment employée par les chirurgiens du XVIIe et du XVIIIe siècle, pour que deux membres de l'Académie de chirurgie, Pipelet, dans le tome IIIe et Louis dans le tome IVe in-4° des *Mémoires de cette Académie* aient cru devoir protester contre elle, et lui attribuer des accidents mortels survenus après l'opération de la herniotomie. Néanmoins, elle a encore été remise en honneur par quelques chirurgiens contemporains, et M. Velpeau, dans le tome IV de sa *Médecine opératoire* (p. 110) nous fait savoir que «quinze fois il a eu l'occasion de lier l'épiploon, et que la plupart des malades ont guéri sans accidents.» Il est vrai que l'opération n'a pas été faite dans tous les cas, pour des épiplocèles volumineuses, telles que je les suppose en ce moment.

N'ayant pas eu l'occasion de faire cette ligature en masse de l'épiploon non réduit, je ne puis la juger

d'après mes observations personnelles. Je la crois au moins inutile, parce qu'elle ajoute, sans aucun profit, l'inflammation résultant d'un certain degré d'étranglement, à celle qui arrive d'elle-même, si on laisse l'épiploon au dehors sans le réduire. Mais je crois, d'autre part, l'épiploon assez inerte pour supporter sans danger pour l'organisme une ligature inutile.

b. L'*excision* peut se faire de deux façons, ou bien au-dessous d'une ou plusieurs ligatures préalablement appliquées, afin d'éviter l'écoulement sanguin, ou bien sans ligature préalable, mais en faisant la ligature isolée de chacune des artères qui peuvent être coupées pendant la section. On a soin, d'ailleurs, de faire l'excision à une certaine distance au-dessous de l'anneau, pour être sûr que la surface de section ne rentrera pas dans le ventre, où sa suppuration et sa gangrène pourraient occasionner une péritonite grave.

c. La *cautérisation* a été récemment proposée par les chirurgiens de Lyon, et notamment par Bonnet et par MM. Desgranges et Vallette, dont les idées et les observations sont consignées dans une bonne thèse de M. le docteur Vissaguet (Paris, 1858, n° 212). Le caustique employé par ces chirurgiens a été le chlorure de zinc associé à la farine, ou, si l'on veut, la pâte du docteur Canquoin.

Pour le mode d'application, Bonnet recouvrait toute la surface de l'épiploon de pâte de Canquoin, et, si cette première cautérisation n'avait pas suffi, il en faisait une seconde et au besoin une troisième. Mais ce procédé exposait à dépasser les limites de l'épiploon et

à cautériser des parties qu'il importait de ménager. Une fois le cordon spermatique fut détruit dans toute son épaisseur; une autre fois, ce fut une portion du testicule.

MM. Valette et Desgranges ont eu l'idée de circonscrire la cautérisation au niveau du pédicule de l'épiploon. Pour cela, le premier saisit le pédicule avec l'entérotome de Dupuytren, chargé de chlorure de zinc. Le second engage l'épiploon dans une compresse fendue, cératée sur ses deux faces, et destinée à protéger la plaie et les parties environnantes. Il rejette alors l'épiploon sur le ventre, le déplisse et l'étale de manière qu'il n'offre au caustique qu'une épaisseur assez faible pour être cautérisée en vingt-quatre heures; il comprend le pédicule entre deux morceaux de pâte de Canquoin, placés à quelques millimètres au-dessous de l'orifice herniaire. Le pansement est complété avec un spica de l'aine.

M. Vissaguet rapporte seize observations dans lesquelles ce dernier mode de cautérisation a été mis en usage, et dont douze se sont terminées par la guérison, quatre par la mort. Cette proportion de guérisons est assurément très-satisfaisante ; mais rien ne prouve que les succès doivent être attribués à la cautérisation de l'épiploon, de même qu'il serait injuste de lui attribuer les quatre cas de mort.

En définitive, les causes qui amènent le succès ou l'insuccès à la suite de la herniotomie siégent habituellement dans le ventre et non dans la plaie, et il est impossible de prouver que les tentatives faites sur l'épiploon

laissé à l'extérieur expliquent les bons résultats que l'on a quelquefois obtenus.

d. Abandon de l'épiploon dans la plaie.—Cette manière de faire a paru dangereuse et inquiétante à certains chirurgiens. On lui a reproché d'être suivie d'adhérences permanentes dont les tiraillements par l'estomac distendu après les repas, pouvaient être douloureux; ces adhérences pourraient aussi, a-t-on ajouté, forcer les sujets à incliner toujours le corps en avant pour éviter les tiraillements qu'entraîneraient le redressement du corps et ses mouvements en arrière. C'est pour soustraire les opérés à ces prétendus inconvénients que l'on avait adopté la ligature, et que Boyer avait donné la préférence à l'excision suivie de la ligature isolée de chacune des artères. Dans une discusssion qui a eu lieu à la Société de chirurgie en 1850 (*Bulletins de la Société de chirurgie*, t. Ier, p. 619 et suiv., avril 1850), à propos de l'épiplocèle consécutive aux plaies pénétrantes de l'abdomen, Robert a d'abord émis cette opinion adoptée aussi par MM. H. Larrey (*Mémoires de l'Académie de médecine*, n° XI.) et Jobert, de Lamballe (*Gaz. des hôpitaux*, 1857, p. 322), que la tumeur épiploïque, dans ces cas de hernie traumatique, doit être laissée au dehors lorsqu'elle est tant soit peu volumineuse. Alors, dit-il, les malades n'éprouvent pas consécutivement les tiraillements si redoutés autrefois, et cette pratique est bien moins dangereuse que celle de la réduction, parce que cette dernière est facilement suivie d'une péritonite générale communiquée par l'épiploïte intra-abdominale. Il a ensuite formulé le même

précepte pour l'épiplocèle herniaire non traumatique (celle dont nous nous occupons), en disant que la réduction de l'épiploon à la suite de l'étranglement avait été quelquefois suivie de suppuration à l'extérieur et dans l'épaisseur de la portion réduite et consécutivement de suppuration péritonéale mortelle, et que d'un autre côté ayant, dans trente cas, laissé l'épiploon au dehors sans y toucher, il n'avait reconnu aucun inconvénient à cette pratique. Il avait revu plus tard un certain nombre de ses opérés qui n'accusaient aucune des souffrances attribuées par nos prédécesseurs aux tiraillements de l'épiploon. Tous les malades n'avaient pas guéri sans doute, mais aucun n'était mort par suite de l'étranglement de l'épiploon laissé à l'extérieur, ni par la péritonite propagée de cet épiploon extérieur à la cavité péritonéale. M. Michon a fait remarquer que pour entraîner la conviction, Robert aurait dû citer des chiffres comparatifs de guérison et de mort à la suite de la réduction et à la suite de la non-réduction de l'épiploon. Mais inclinant de son côté vers l'opinion que la réduction devait être préférée, il n'a pu donner non plus de chiffres en faveur de sa manière de voir.

Quant à moi, j'ai rencontré un certain nombre de malades qui avaient eu l'épiploon laissé en dehors, plusieurs années auparavant, et qui n'éprouvaient aucune douleur susceptible d'être rapportée aux tiraillements des adhérences, et je n'ai pas vu un seul sujet chez lequel des douleurs de ce genre aient pu avec raison être attribuées à cette cause. J'admets donc avec Robert, MM. Jobert (de Lamballe) et H. Larrey, que les incon-

vénients ultérieurs des adhérences de l'épiploon laissé dans la plaie, sont imaginaires, et qu'il n'y a pas à s'en préoccuper. D'autre part, j'ai laissé l'épiploon en place chez six opérés, quatre ont guéri, deux ont succombé; mais dans ces deux cas je n'ai pas vu que la péritonite se fût propagée le long de l'épiploon , et il m'a semblé qu'elle avait été la conséquence de l'étranglement antérieur à l'opération ou peut-être de l'opération elle-même.

Voici d'ailleurs, comment les choses se sont passées sous mes yeux à la suite de l'abandon de l'épiploon dans la plaie, lorsque les malades ont guéri. L'épiploon s'est tuméfié, puis sa surface s'est couverte de bourgeons charnus et a suppuré comme celle du reste de la plaie, puis il a diminué de volume, et tantôt il s'est retiré peu à peu dans le ventre de telle sorte qu'il en restait une très-faible partie à l'extérieur ; tantôt, au contraire, il ne s'est pas retiré, et, confondu avec les débris du sac et les parties molles voisines, il a formé une épiplocèle irréductible, adhérant intimemənt à la cicatrice. Quelquefois avant l'établissement de la suppuration une partie de l'épiploon s'est gangrenée et a été éliminée, et cette gangrène survenue après le débridement m'a paru être produite plutôt par l'excès d'inflammation que par un étranglement persistant.

Faut-il espérer que l'épiploon non-réduit, adhérera à tout le contour du collet du sac assez solidement pour former un bouchon qui empêchera plus tard la reproduction de la hernie ? La théorie semble indiquer qu'il en doit être ainsi; malheureusement la pratique n'est

pas d'accord avec la théorie. J'ai vu quelques malades chez lesquels la hernie s'était reproduite, soit parce que des adhérences solides ne s'étaient pas établies sur tout le contour du collet, soit parce que celles-ci avaient été détruites sous l'influence d'efforts de tout genre. D'un autre côté, M. Goyrand, dans un mémoire publié en 1858 (février), par la *Gazette médicale*, a dit que, dans tous les cas où il avait laissé l'épiploon au dehors, la hernie s'était reproduite, comme dans ceux où il avait opéré la réduction.

En résumé, la non-réduction de l'épiplocèle volumineuse une fois admise, on peut indifféremment et sans inconvénient avoir recours soit à la ligature, soit à l'excision, soit à la cautérisation, soit à l'abandon de l'épiploon dans la plaie. Je crois ces quatre procédés à peu près innocents. Cependant je n'ai pas fait la ligature parce qu'elle est tout à fait inutile, je n'ai pas encore employé la cautérisation, parce qu'il faut des précautions trop grandes pour se mettre à l'abri de la lésion du cordon spermatique, et parce que, d'autre part, je ne vois aucun avantage compensant ce dernier inconvénient. J'ai donné la préférence au simple abandon de l'épiploon dans la plaie, parce que c'est le procédé le plus simple. Je n'hésiterais cependant pas à faire l'excision, en liant les vaisseaux à mesure qu'ils seraient divisés, si je trouvais l'épiplocèle tellement volumineuse que je pusse craindre les suites de l'inflammation suppurative d'une masse aussi considérable. *L'important est de ne pas réduire.* Il est vrai qu'à l'exemple de MM. Robert et Michon, et de la plupart des chirurgiens, je n'ai pas assez de faits

pour établir par des statistiques imposantes le danger plus grand de la réduction. Si je donne le conseil de ne pas réduire, c'est que j'ai été frappé de la simplicité des suites après la non-réduction des épiplocèles herniaires, comme MM. Jobert de Lamballe et Larrey en ont été frappés à la suite de la non-réduction des épiplocèles traumatiques; c'est que, d'autre part, je tiens à mettre autant que possible le malade à l'abri de la péritonite consécutive, et que je ne puis m'empêcher de considérer les fluides émanés de l'épiploon enflammé, comme une des causes possibles de cette péritonite.

Du pansement après l'opération. — On a à choisir après l'opération entre deux modes de pansement : la réunion immédiate par des points de suture ou par des bandelettes de linge imbibées de collodion, et la non-réunion. La réunion immédiate a pour avantage, si elle réussit, d'éviter la suppuration de la plaie et la propagation de l'inflammation le long du sac, jusqu'à la cavité péritonéale, et aussi de donner une guérison prompte. Mais elle a pour inconvénient, si la suppuration arrive malgré la réunion, soit dans toute l'épaisseur de la plaie, soit dans ses couches profondes après la cicatrisation primitive des couches superficielles, de favoriser la rétention du pus dans la cavité du sac, et les fusées de ce liquide dans le tissu cellulaire circonvoisin peut-être dans la cavité péritonéale.

Le pansement à plat, sans réunion, a l'avantage de mettre à l'abri de ces derniers accidents, et de laisser écouler au dehors les matières intestinales, si par hasard une perforation inaperçue et qu'on avait réduite les

laisse sortir au bout de quelques heures. Il a l'inconvénient de demander un peu plus de temps pour la guérison définitive.

Il résulte de cet exposé que la réunion immédiate me paraît offrir plus de danger que la non-réunion, et c'est pour cela que j'ai adopté la dernière; mais je dois encore déclarer franchement que l'observation clinique me manque pour décider positivement que le pansement à plat mérite la préférence. Je dirai plus loin que j'ai fait soixante-six fois l'opération de la hernie étranglée et chaque fois sans réunir immédiatement. J'ai vu guérir trente-cinq malades, et j'en ai perdu trente-un. Mais je n'oserais affirmer que, parmi les trente-six guéris, quelques-uns auraient succombé par des fusées purulentes intra ou extra-péritonéales si je leur avais fait une réunion immédiate. De même je n'ai pu acquérir, dans les autopsies de ceux qui sont morts, la preuve que l'inflammation suppurative s'était propagée de l'extérieur à l'intérieur le long du péritoine ou de l'épiploon lorsque ce dernier était resté dans la plaie. Quelquefois le péritoine et l'épiploon m'ont paru moins malades au niveau du pédicule de la hernie que dans le reste de la cavité abdominale; d'autres fois je les ai trouvés plus altérés. Comment aurais-je pu savoir si cette altération avait précédé ou suivi l'étranglement? Il y a tant de causes de mort par suite de l'étranglement lui-même, qu'il reste à peu près impossible de décider sur le cadavre quelle a été la principale. C'est là un de ces sujets pour lesquels l'interprétation des faits est extrêmement difficile, et pour lesquels il est peut-être permis de s'en rap-

porter au raisonnement. Or, le raisonnement me fait craindre bien plus la propagation de l'inflammation après l'occlusion que sans l'occlusion. Ici, en effet, comme sur tous les points de l'économie où une plaie est étendue, et se trouve composée d'éléments très-divers qui ont subi déjà un certain degré de phlegmasie avant l'opération, l'occlusion ou réunion immédiate préserve rarement de l'inflammation suppurative.

Assurément je serais très-disposé à changer d'avis si les partisans de la suture apportaient assez de faits probants en faveur de la réunion ; mais ils n'ont produit qu'un nombre restreint d'observations. Dans une discussion qui a eu lieu à la société de chirurgie en 1848 (*Bulletin*, t. 1er, p. 48), MM. Maisonneuve, Nélaton et Monod se sont déclarés partisans de la réunion immédiate, mais ils n'ont pas appuyé leur opinion sur des chiffres comparatifs, et les deux derniers de ces chirurgiens n'ont pas dissimulé que des fusées purulentes dangereuses avaient quelquefois été la conséquence de cette pratique.

Traitement consécutif. — Faut-il après la herniotomie donner un purgatif comme le font beaucoup de chirurgiens, ou vaut-il mieux s'en abstenir? Je touche encore là une question à laquelle il est impossible de répondre avec des faits, parce que nous sommes toujours incapables de déterminer au juste le vrai point de départ des accidents mortels, quand ils sont survenus, et d'apprécier la part qu'il faut faire à la maladie elle-même et aux moyens employés, pour expliquer la terminaison

fatale. Force est donc encore dans ce cas de nous en tenir aux vues théoriques.

Je reconnais au purgatif administré d'emblée cet avantage qu'il donne au chirurgien la satisfaction de savoir un peu plus tôt que la circulation des matières intestinales a lieu, et que par conséquent le but principal de son opération a été atteint; mais je ne peux lui reconnaître de bien grands avantages pour le malade. La déplétion de l'intestin sans doute peut occasionner un soulagement, la révulsion que produit le purgatif sur la muqueuse agit peut-être favorablement sur la séreuse, et arrête ou combat sa phlegmasie menaçante; mais le soulagement n'est-il pas aussi grand quand la déplétion se fait spontanément, que lorsqu'elle est provoquée, et la révulsion n'est-elle pas tout à fait insuffisante quand la péritonite est déjà développée?

D'autre part, ce moyen que j'ai, à l'exemple de mes maîtres, employé souvent au début de ma pratique, m'a paru avoir deux inconvénients: celui de fatiguer par des évacuations abondantes un organisne déjà épuisé par l'étranglement, et celui de favoriser, s'il existe quelque perforation larvée, un épanchement dans le péritoine.

Frappé aujourd'hui bien plus des inconvénients, je pourrais dire des dangers, que des avantages problématiques et en tout cas, médiocrement importants des purgatifs, j'y ai renoncé depuis une dizaine d'années, et j'ai préféré attendre le retour naturel des gardes-robes.

J'ai quelquefois, à l'exemple de M. Demarquay, agi en sens inverse, j'ai donné de l'opium à la dose de dix centigrammes en cinq fois le premier jour, à celle de

quinze centigrammes le second et le troisième jour. Je me proposais ainsi de satisfaire à l'indication que cherchent à remplir les médecins dans le traitement des perforations intestinales, celle de diminuer ou d'empêcher les contractions de l'intestin, de s'opposer ainsi à l'épanchement intestinal dans le péritoine, si par hasard une petite perforation s'est produite, et de laisser à des adhérences salutaires le temps de s'établir. Mais j'ai également renoncé à ce moyen dans la crainte de favoriser l'inertie de l'intestin, le ballonnement du ventre, et d'augmenter ainsi l'anxiété des malades. Je m'en tiens aujourd'hui à l'expectation pure et simple, et ne me décide à donner un purgatif par la bouche ou en lavement, que si au bout de trente-six à quarante-huit heures, il n'y a pas eu d'évacuation alvine.

Quant aux moyens de traitement qui conviennent pour les divers accidents consécutifs, j'en parlerai à l'occasion de ces derniers.

Phénomènes et accidents consécutifs. Résultats. — *a'*. Quelquefois les suites de l'opération sont simples; au bout de quelques heures, plus ou moins tôt suivant les sujets, le malade va à la garde-robe. Les vomissements ne se reproduisent pas, le ventre, s'il était ballonné, s'affaisse après l'expulsion des garderobes et des gaz. La plaie est envahie par la suppuration, après l'expulsion de quelques parties mortifiées du sac seulement, ou du sac et de l'épiploon. Puis elle suit la marche ordinaire des solutions de continuité, et se cicatrise dans l'espace de vingt à trente jours.

Lorsque la cicatrice est achevée et solide, on doit

toujours conseiller au malade l'emploi d'un nouveau bandage; car, contrairement aux présomptions de la théorie, qui pouvaient faire espérer l'oblitération du sac par l'adossement de ses parois à elles-mêmes, ou par les adhérences de l'épiploon quand on l'a laissé dans la plaie, la règle est que la hernie se reproduise au bout de quelque temps. Je n'oserais pas affirmer que cette reproduction soit constante, parce que je n'ai pas revu tous mes opérés ; mais tous ceux que j'ai revus, et tous ceux que j'ai eu l'occasion de rencontrer plus ou moins longtemps après une opération faite par d'autres que par moi, avaient une nouvelle hernie qui les gênait assez pour rendre nécessaire l'application d'un bandage.

Ici une autre question se présente. La même hernie qui a été opérée pour un étranglement peut elle s'étrangler de nouveau? Je possède un fait, mais un seul qui m'autorise à répondre par l'affirmative. Je l'ai observé en juin 1845 à l'hôpital Saint-Antoine, sur un malade âgé de soixante-cinq ans que P. Bérard avait opéré cinq ans auparavant, d'une hernie inguinale gauche, et qui, d'après le conseil de ce chirurgien, n'avait cessé de porter un bandage depuis cette époque. Sa hernie, en partie irréductible, devenait par moments plus volumineuse, et diminuait par la rentrée accompagnée de gargouillement, de la portion mobile. Amené à l'hôpital Saint-Antoine, où j'étais alors suppléant de M. Nélaton, dans le courant du quatrième jour qui suivait le début des accidents nouveaux, il vomissait des matières fécaloïdes, et présentait un état général grave qui me fit

proposer et exécuter immédiatement l'opération. J'incisai sur l'ancienne cicatrice la peau de la région inguinale, je trouvai une portion peu considérable d'épiploon si solidement adhérente, que j'ai dû croire qu'il était resté dans le sac et s'était accolé à celui-ci, à la suite de la précédente opération ; il y avait en outre une longue portion d'intestin grêle non-adhérente, qui fut réduite après débridement. Le malade a offert après l'opération cette particularité qu'il a eu dans la journée, même sans administration de purgatif, seize garde-robes. Soit que ces évacuations abondantes l'aient épuisé, soit qu'il fût débilité par les trois jours et demi d'étranglement, il a succombé trente-six heures après l'opération, et nous n'avons trouvé d'autres lésions anatomiques que celles d'une péritonite assez légère.

b'.—D'autres fois la guérison est retardée, mais non empêchée par divers accidents. Tantôt les garde-robes ne se rétablissent pas le jour même et n'ont lieu qu'au bout de quinze, vingt-quatre, trente-six heures. En même temps le ventre est légèrement ballonné et douloureux à la pression; il y a quelques vomissements bilieux; en un mot, le malade présente des symptômes de péritonite pour lesquels il est bon de prescrire le calomel à dose fractionnée et l'onguent mercuriel en onctions sur le ventre. Au bout de quelques jours ces symptômes s'amendent, et les suites de l'opération prennent une marche régulière.

c'.— Tantôt, sans qu'il y ait eu continuation évidente des symptômes de péritonite, on voit dès le lendemain, quelquefois le surlendemain, s'échapper une petite

quantité de matières intestinales par la plaie. On les reconnaît à leur couleur jaunâtre ou verdâtre, à la présence de résidus alimentaires au milieu d'elles. Cet écoulement continue pendant un certain nombre de jours durant lesquels la plaie suit à peu de chose près sa marche régulière; puis les matières cessent de s'écouler, et la cicatrisation se fait comme à l'ordinaire, seulement en général un peu plus tard. En pareil cas, c'est une fistule stercorale qui s'est établie et de la façon suivante : un point perforé de l'intestin qu'on n'avait pas vu, laisse passer des matières, ou bien une escarre qu'on n'avait pas reconnue avant la réduction se détache, et laisse après elle une perforation. Des adhérences qui ont eu le temps de s'établir entre l'anse perforée d'une part, la paroi abdominale, l'épiploon et les anses intestinales voisines d'autre part, empêchent les matières de s'épancher dans la cavité péritonéale. Elles trouvent un accès plus facile vers l'extérieur, et comme l'ouverture est petite, que la circulation des matières n'est d'ailleurs pas gênée dans l'intestin, la cicatrisation s'opère au bout de quelques semaines ou de quelques mois par le retrait successif et l'adhésion à elles-mêmes des parois du trajet anormal qui s'est établi de l'intestin à la peau.

d'. — Tantôt enfin, la guérison est retardée par un érysipèle benin, un phlegmon circonvoisin soit dans le tissu cellulaire sous-cutané, soit dans la gaîne du cordon spermatique, ou bien par une diphthérite, une pourriture d'hôpital.

e'. — Je ne signale pas longuement, parmi les accidents possibles, l'hémorrhagie ; car, à moins d'une grande

imprudence, il est extrêmement rare que des vaisseaux importants aient été divisés, et si par hasard une hémorrhagie secondaire avait lieu, elle serait fournie par des vaisseaux peu volumineux, et facilement arrêtée par une ligature ou un tamponnement avec le perchlorure de fer étendu d'eau.

f'. — Il peut arriver que, l'opération ayant réussi, et la cicatrisation étant terminée, le malade soit tourmenté de temps à autre par des coliques, par une certaine difficulté d'aller à la selle, qu'il soit dans l'obligation de prendre fréquemment des purgatifs, qu'il soit sujet de temps en temps aux vomissements. Lorsque ces accidents consécutifs, qui sont rares d'ailleurs, se présentent, on doit supposer que l'intestin s'est rétréci au niveau du point où avait eu lieu l'étranglement, et pour que l'obstruction ne devienne pas complète il faut donner à l'opéré le conseil d'employer fréquemment les laxatifs doux, tels que la rhubarbe et la magnésie, d'user d'aliments dits relâchants. Mais si tout à coup l'on observait les symptômes de l'étranglement interne, il y aurait lieu de croire à une obturation complète, ou presque complète, par suite de la rétraction incessante du contour de l'étranglement cicatrisé après avoir été ulcéré, ou par suite de l'accumulation de corps étrangers ou de matières intestinales trop solides au niveau du point rétréci. Il y aurait alors à mettre en usage les moyens qui conviennent pour l'étranglement interne, et, comme dernière ressource, on pourrait pratiquer l'opération de l'anus artificiel. Les auteurs ont cité quelques exemples d'accidents tardifs

de ce genre. Le plus probant est celui que rapporte M. le docteur Guignard (de Poitiers), dans son excellente thèse (Paris, 1846, n° 187). La malade âgée de quarante-sept ans, avait été opérée d'une hernie inguinale gauche, le 18 janvier 1842, par M. Nélaton. L'intestin avait été réduit, les garde-robes ne s'étaient rétablies qu'au bout de vingt-quatre heures. La guérison, après avoir été entravée plusieurs fois par des coliques, avait eu lieu enfin. Mais l'opérée avait continué à éprouver des coliques, et il existait chez elle une constipation difficile à vaincre. Elle rentrait à l'hôpital Necker le 7 mai suivant avec des symptômes de péritonite aigue. A l'autopsie on constata à la jonction de l'anse, autrefois étranglée, avec le bout supérieur un rétrécissement cicatriciel tel, que l'intestin n'offrait plus que douze à quinze millimètres de diamètre; au niveau du bout inférieur il existait un autre rétrécissement, l'intestin n'avait plus que dix millimètres de diamètre, et l'on y voyait une petite perforation.

g'.— Trop souvent l'opération de la hernie étranglée est suivie de mort dans l'espace de vingt-quatre à soixante-douze heures. Le malade a cessé de présenter les symptômes de l'étranglement, mais il a conservé un certain degré de ballonnement du ventre, l'altération des traits, et il a eu un affaiblissement de plus en plus grand du pouls. Quand on fait l'autopsie, on trouve une péritonite purulente, ou une péritonite non encore suppurée, à l'état pseudo-membraneux, ou enfin, avec ou sans les lésions d'une péritonite bien avan-

cée, un épanchement dans le péritoine de matières intestinales sorties à travers une ouverture quelconque de l'intestin non remarquée par l'opérateur. Toutes ces lésions surtout les dernières paraissent suffisantes à la plupart des cliniciens pour expliquer la terminaison fatale. Cependant je me demande si, dans les cas de péritonite simplement pseudo-membraneuse, il n'y a pas au-dessus et indépendamment des lésions inflammatoires du péritoine, quelque autre cause de mort qui tiendrait soit à l'étranglement lui-même et à sa réaction fâcheuse sur toute l'économie, soit au traumatisme du péritoine, soit à ces deux choses à la fois. Il y a là une inconnue que je ne saurais résoudre, mais que je ne veux pas dissimuler.

On a encore plus le droit de faire intervenir cette inconnue, lorsque, à l'autopsie, on ne voit pas de lésion spéciale du côté du péritoine, et que l'on trouve seulement l'anse qui a été réduite différente des autres par sa couleur plus foncée, sans que cette différence indique à l'esprit une lésion grave et une cause de perturbation mortelle. En pareil cas, doit-on expliquer la mort plutôt par l'étranglement que par l'opération, ou plutôt par l'opération que par la maladie? Question difficile à résoudre, et pour la solution de laquelle je me sens disposé à ne mettre en avant qu'un seul argument, c'est que dans des cas nombreux où j'ai réduit par le taxis il n'est arrivé aucun accident. Si la mort sans lésion appréciable arrive quelquefois après l'opération, n'est-il pas probable que l'étranglement n'en n'est pas plus la cause que dans les cas de taxis, et qu'en con-

séquence cette mort doit être mise sur le compte de l'opération, c'est-à-dire de la lésion traumatique du péritoine, surajoutée aux lésions de l'étranglement. Mais il est juste de dire qu'en général l'opération est faite plus tard que le taxis, et que c'est peut-être parce que l'étranglement a duré plus longtemps qu'il est devenu plus grave. Il est en effet du débridement comme du taxis, plus il est fait tardivement, plus les suites en sont mauvaises.

Somme toute, en comparant les différences entre les résultats fournis par le taxis et ceux que donne l'opération, je suis disposé à croire que cette dernière, ou si l'on veut l'ouverture du péritoine ajoute quelque chose à la gravité du mal et aux chances de mort.

Parfois on peut faire intervenir comme cause de mort l'augmentation de la débilité par la diarrhée abondante qui suit l'opération, comme cela me paraît avoir eu lieu sur le malade de l'hôpital Saint-Antoine, dont je parlais tout à l'heure.

Quelquefois il y a eu cessation d'une partie des symptômes de l'étranglement. Les vomissements et le hoquet en particulier ont disparu, mais le ventre s'est ballonné de plus en plus, et les garde-robes ne se sont pas rétablies, malgré l'emploi des purgatifs par la bouche et en lavement. Si alors on trouve à l'autopsie une péritonite purulente, on met la constipation opiniâtre sur le compte de cette dernière. Si l'on ne trouve pas de péritonite, on dit que l'étranglement a laissé à sa suite une insuffisance de contraction intestinale, telle que l'a indiqué Tessier, dans un mémoire publié par les *Archives* (1838, t. I, p. 302), c'est-à-dire un certain degré de

paralysie due à l'inflammation péritonéale, et l'impossibilité pour les contractions affaiblies par cette paralysie de vaincre l'obstacle apporté par le rétrécissement que présente quelquefois l'intestin à la jonction de l'anse avec le bout supérieur. Ne pourrait-on pas, dans les cas où le météorisme deviendrait assez considérable pour refouler le diaphragme, et amener la suffocation, faire la ponction de l'intestin à travers la paroi abdominale, comme cela a été fait dans les cas d'étranglement interne cités par M. Labric (De la ponction abdominale dans la tympanite, *Thèses de Paris*, 1852)? Je ne possède aucun fait relatif à cette opération consécutive; mais le cas échéant je ne verrais aucun inconvénient à la pratiquer.

h'.— Dans certains cas les symptômes de l'étranglement ne disparaissent pas ; non-seulement le ventre reste ballonné, mais les vomissements fécaloïdes continuent et on ne voit arriver aucune garde-robe. Le malade s'affaiblit de plus en plus et ne tarde pas à succomber. On doit, en pareil cas, une fois vingt-quatre heures écoulées, se demander et rechercher si par hasard on n'a pas été induit en erreur par une réduction incomplète. Dans la région inguinale, en particulier, on a quelquefois refoulé l'intestin dans le canal inguinal agrandi, en laissant au dessus de lui, l'agent de l'étranglement, qui se trouvait au niveau de l'orifice supérieur de ce canal. Dans la prévision d'une erreur de ce genre, on ne doit pas hésiter à porter le doigt entre les deux lèvres de la plaie, et aussi profondément que possible, pour chercher s'il n'existe pas encore

quelque anneau constricteur, et le débrider de suite, si on en trouve un.

Ritsch dans les *Mémoires de l'Académie de chirurgie* (tom. IV, in-4°) et M. le docteur Guignard, dans sa thèse, ont trouvé, pour expliquer la persistance des symptômes de l'étranglement, une oblitération de l'intestin à la jonction du bout supérieur avec l'anse herniée, survenue consécutivement à la constriction qui avait eu lieu. C'est là une lésion exceptionnelle à laquelle on ne pourrait remédier qu'en attirant de nouveau l'anse au dehors et en incisant le bout supérieur afin d'établir un anus contre-nature. Malheureusement il est difficile d'agir ainsi, parce qu'on ne peut pas être sûr de ramener l'anse intestinale à l'extérieur, et pût-on y parvenir, on aurait encore bien des chances de perdre le malade épuisé tout à la fois par la longue durée de l'étranglement, le traumatisme du péritoine, et en dernier lieu l'écoulement incessant des matières intestinales.

Nous lisons cependant dans le tome VI des *Archives de médecine* (4e série), l'observation intéressante d'un cas dans lequel M. Maisonneuve s'est comporté de cette façon avec succès. Deux jours s'étaient écoulés depuis l'opération du débridement ; les vomissements fécaloïdes avaient reparu après avoir cessé un moment ; la constipation restait invincible. Le chirurgien, après avoir porté le doigt dans le trajet inguinal, reconnut qu'il ne restait pas d'anneau constricteur, et que d'autre part l'anse avait pris des adhérences avec la paroi abdominale. Il fit un pli à cette anse avec une pince à disséquer, et sans

chercher à l'attirer au dehors il l'ouvrit. La malade conserva pendant quelques semaines un anus contre nature dont elle eut ensuite la chance de guérir spontanément. Y a-t-il eu dans ce cas oblitération ou seulement rétrécissement considérable de l'intestin ou même simple paralysie intestinale? L'auteur ne le dit pas, parce que sans doute il n'a pu le savoir. Si j'en ai parlé ici, c'est que la ténacité de la constipation et des vomissements fécaloïdes permettent de croire sinon à l'oblitération, du moins à un rétrécissement considérable, et parce que cette conduite pourrait, en désespoir de cause, être imitée dans les cas où il s'agirait bien réellement d'un rétrécissement.

Ritsch a donné le conseil, en pareille circonstance, non-seulement d'ouvrir l'anse intestinale, mais de la couper au niveau des bouts supérieur et inférieur et de réunir ceux-ci par la suture intestinale connue sous le nom de suture de Ramdohr. Mais il n'a pas mis à exécution le conseil qu'il donnait. Dans un cas cité textuellement par M. Guignard d'après le *Journal de médecine, chirurgie et pharmacie* (1781, t. 56), un chirurgien pratiqua cette suture, mais le succès ne couronna pas ses efforts, car le malade mourut quelques jours après l'opération. Cette suture de même que les sutures intestinales modernes, ont si peu de chances de réussir que l'établissement de l'anus contre nature par la section simple de l'intestin, que M. Maisonneuve appelle entérotomie, me paraît préférable.

Des résultats fournis par l'opération. — Rien de plus varié que les opinions des auteurs sur la proportion

des guérisons et des morts à la suite de la herniotomie.

P. Pott a avancé que sur cinquante personnes, il n'en meurt pas une seule, lorsque l'opération est exécutée habilement et à propos. Pelletan, Boyer et Dupuytren ont sans doute adopté cette opinion puisqu'ils ont présenté l'opération comme peu dangereuse, et à cause de cela, comme devant être pratiquée de bonne heure sans inconvénient.

D'un autre côté, M. Malgaigne, dans son intéressant travail de 1841 sur les résultats des grandes opérations dans les hôpitaux de Paris (Journal l'*Examinateur médical* 1841), a relevé les opérations de hernies faites dans ces hôpitaux pendant quatre années, de 1836 à 1841 et est arrivé aux chiffres suivants : sur deux cent-vingt opérés, *cent trente-trois* morts et *quatre vingt-sept* guérisons, c'est-à-dire un *cinquième* de plus du côté des morts que du côté des guérisons. Vous voyez de suite la conclusion : c'est que l'opération de la hernie étranglée est beaucoup plus grave que ne l'avait fait croire la proposition de Pott, et que ne l'admettaient la plupart des chirurgiens français. Aussi je comprends que, sous l'influence de ces chiffres, M. Malgaigne ait fait tous ses efforts pour soustraire les malades au bistouri, en signalant comme inflammatoire un état qui ne nécessitait pas l'intervention de cet instrument.

Mais il y a ici un malentendu qui ne doit pas se prolonger, et sur lequel j'ai déjà fourni des documents. Il faut considérer deux choses dans les suites de l'opération : l'opération elle-même, c'est-à-dire l'incision de la peau et l'ouverture du péritoine, et les lésions de

l'intestin, antérieures à l'opération, et dont l'existence est la cause sinon exclusive au moins principale de la mort. Si l'on pratiquait cinquante opérations sur des sujets n'ayant ni perforation, ni ulcération, ni eschares, ni érosions de l'intestin, il est probable, quoiqu'on ne puisse garantir un tel résultat, qu'on obtiendrait des guérisons dans la proportion indiquée par Pott. Si l'on faisait les cinquante opérations, chez des sujets atteints de l'une ou l'autre des lésions énumérées précédemment, on arriverait au contraire à la mortalité indiquée par M. Malgaigne, peut-être même à une mortalité plus élevée.

Je me suis déjà expliqué sur la difficulté de faire la part réelle de l'opération elle-même dans les résultats malheureux. Mais quelle que soit cette part, elle est moins forte que celle qui doit être rapportée à l'état général grave amené par l'étranglement et aux lésions de l'intestin, et comme cet état général et ces lésions sont d'autant plus prononcées que la maladie a duré plus longtemps il est nécessaire, pour ne pas se laisser entraîner à une appréciation exagérée, de placer dans les statistiques la durée de la maladie à côté des résultats obtenus après l'opération. M. Malgaigne n'a pu le faire, parce que ses chiffres lui étaient donnés par des observations qui ne lui étaient pas personnelles et dont il ne connaissait pas les détails. Pour éviter le même inconvénient, je m'en suis tenu dans mes publications précédentes à mes propres opérations, et quoique les chiffres ne soient pas aussi élevés, ils me paraissent cependant avoir encore une certaine signification. J'ai

opéré *soixante-six hernies* étranglées, j'ai perdu *trente-un* malades, j'en ai vu guérir *trente-cinq*, un peu plus de la moitié, proportion beaucoup plus mauvaise que celle indiquée par Pott, mais plus favorable que celle de M. Malgaigne. Puis j'ai divisé mes opérés en deux catégories : ceux que les circonstances m'ont permis d'opérer avant cinquante heures d'étranglement, c'est-à-dire d'assez bonne heure; ceux que j'ai dû, par la force des choses et parce qu'ils sont venus à moi trop tard, n'opérer qu'après cinquante heures. Les opérés de la première catégorie m'ont donné un résultat plus favorable que ceux de la seconde.

En effet :

	guérisons		morts.
25 malades opérés avant 50 h. m'ont donné	17	et	8
41 malades opérés après 50 h. m'ont donné	18	et	23

et pour montrer que ces résultats s'expliquent plutôt par l'ancienneté plus ou moins grande de l'étranglement que par la variété des hernies, voici mes résultats pour chacune des variétés :

1° Les hernies crurales, au nombre de quarante, m'ont donné :

15 opérés avant 50 heures : — 11 guérisons et 4 morts; —
25 opérés après 50 heures : — 13 guérisons et 12 morts.

2° Les hernies inguinales, au nombre de vingt-trois, m'ont donné :

10 opérés avant 50 heures : — 6 guérisons et 4 morts; —
13 opérés après 50 heures : — 5 guérisons et 8 morts.

3° Les hernies ombilicales, au nombre de trois, m'ont donné :

3 opérés après 50 heures : — 0 guérison et 3 morts.

Qu'il me soit permis en présence de ces chiffres qui nous montrent une mortalité de moins d'un quart lorsque l'opération est faite assez tôt, et de plus de moitié lorsqu'elle est faite trop tard, non-seulement de dire qu'il serait imprudent de juger de la gravité de l'opération à l'aide d'une statistique dans laquelle on grouperait sans distinction les opérations faites de bonne heure et les opérations tardives, mais encore de rappeler combien il serait utile de ne pas se laisser trop aller à la temporisation dont les résultats viennent grossir à ce point le chiffre de la mortalité.

B. *Opération sans ouverture du sac.* — En vue d'éviter les inconvénients inhérents à l'incision du péritoine, on a proposé de débrider l'ouverture fibreuse sans ouvrir le sac, et de réduire l'intestin seul, ou l'intestin et l'épiploon en pressant sur ce sac non ouvert.

Le premier effort tenté en France dans cette direction est dû à J. L. Petit ; le deuxième, à Bonnet, de Lyon (1840) ; le troisième, à M. Colson de Noyon, qui en a fait l'objet d'un travail important récemment publié dans les *Archives de médecine* (1863, VI[e] série, t. 1[er]). Ce mode opératoire a en effet l'avantage de préserver de la péritonite, mais il expose à quelques inconvénients qui lui ont été objectés aux trois époques que je viens

d'indiquer, et qui l'ont empêché jusqu'ici de se vulgariser.

En n'ouvrant pas le péritoine, on ne peut s'assurer de l'état de l'intestin au niveau du corps et du collet de la hernie, on s'expose à réduire une anse perforée et à faciliter ainsi le développement d'une péritonite promptement mortelle. On s'expose d'autre part à réduire un épiploon malade et qui peut lui-même devenir l'occasion d'accidents. En troisième lieu il semble qu'on ne doit pas réussir, lorsque l'étranglement est produit par le collet du sac. Enfin, cette opération ne s'appuie pas sur un nombre de faits assez importants pour que sa valeur soit démontrée par l'expérience clinique. M. Colson cite neuf malades sur lesquels il a obtenu six guérisons et trois morts. Chez deux de ces derniers, la mort a pu être expliquée par des maladies autres que l'étranglement et les suites de l'opération, car l'un d'eux avait un cancer et l'autre une dysenterie. Le six faits de guérison sont certainement très-encourageants, et pourraient m'entraîner à préconiser et à adopter la herniotomie sans ouverture du sac.

J'ai pratiqué deux fois cette opération, j'ai pu constater qu'elle n'était pas difficile, qu'on arrivait assez facilement à isoler, tant au moyen du doigt qu'au moyen du bistouri, la face externe du sac au voisinage de l'anneau fibreux. Dans l'un de mes cas, le débridement de cet anneau a permis ensuite une réduction facile et prompte; dans l'autre j'ai constaté, après le débridement du contour fibreux, un épaississement assez considérable du collet, et j'ai pensé que j'allais trouver là un obstacle à

la réduction; mais j'ai fait, à travers le sac non ouvert, un taxis méthodique, et je l'ai continué pendant près de dix minutes. L'intestin a fini par franchir l'obstacle qu'apportait le collet du sac, et j'ai pensé alors que le succès obtenu ainsi par le taxis prolongé à travers le sac mis à nu, montrait que l'étranglement par le collet n'était pas une objection capitale contre l'opération sans ouverture du sac. Celle-ci, en effet, devient, en pareil cas, une sorte de taxis immédiat, après débridement de l'anneau fibreux.

Dans les deux faits que je viens de citer, l'opération, qui avait été faite après le troisième jour, s'est terminée par la mort.

Je ne voudrais pas juger la herniotomie sans ouverture du sac en m'appuyant sur ces deux observations. Il est évident, en effet, que j'ai eu affaire à deux mauvais cas, et que le procédé opératoire, si bon qu'il soit, ne peut modifier les inconvénients et les dangers d'un étranglement trop ancien.

En attendant des faits plus concluants, voici comment aujourd'hui j'apprécierais le débridement sans ouverture du sac. — Lorsque l'étranglement est assez peu ancien pour que l'on n'ait pas beaucoup à craindre des lésions graves de l'intestin, ni une péritonite déjà bien prononcée, avant cinquante heures, par exemple, il est bon de conserver l'intégrité du péritoine, car probablement on diminuera ainsi les chances de péritonite en supprimant une des causes qui occasionnent cette complication ou l'aggravent dans une certaine mesure. — Lorsque, au contraire, l'étranglement, remon-

tant à trois ou quatre jours, par exemple, est assez ancien pour qu'on ait lieu de craindre une perforation apparente ou larvée, le rétrécissement de l'intestin, la gangrène, en un mot, toutes ces lésions qui, une fois constatées, conduisent forcément à ne pas réduire, il vaut mieux ouvrir le péritoine. Si on le ménageait, on ne verrait pas ces lésions, l'on réduirait et l'on pourrait avoir à s'en repentir. Si, d'ailleurs, à cette époque, l'étranglement n'a pas produit de péritonite, c'est que probablement le sujet est un de ceux chez lesquels le péritoine est peu susceptible, et l'on a lieu d'espérer que son ouverture n'amènera pas plus une inflammation dangereuse que n'a fait l'étranglement.

Comme il est probable qu'aujourd'hui le plus grand nombre des hernies étranglées traitées avant cinquante heures, celles surtout pour lesquelles on sera appelé dans les vingt-quatre ou les trente-six premières heures, seront guéries par le taxis avec chloroforme, et que l'opération sera réservée pour les cas où les malades auront consulté trop tard, c'est-à-dire à l'époque où la herniotomie sans ouverture du péritoine est aussi contre-indiquée que le taxis, il me semble que cette méthode ne pourra plus avoir d'application que dans les cas rares d'étranglements récents traités sans succès par le taxis. Je laisse à l'observation ultérieure le soin de prononcer sur ce sujet.

C. *Opération après réduction en masse.* — J'ai dit plus haut que cette opération était indiquée, lorsque les commémoratifs autorisent à croire que la persistance de l'étranglement, à la suite d'efforts de taxis

faits par le malade ou le chirurgien, est due à la réduction en masse.

Dans ce cas, on incise avec précaution la peau et la couche sous-jacente de la paroi abdominale, au niveau de l'endroit où se trouvait la hernie en se rapprochant le plus possible du point où devait se trouver le pédicule. Lorsque les couches sous-cutanées ont été divisées sur la sonde cannelée, on dit au malade de tousser afin de faire descendre le sac dans la plaie. Si le sac se présente, on l'ouvre et on achève l'opération comme je l'ai dit plus haut. S'il ne se présente pas, on cherche à l'attirer au dehors à l'aide d'une pince à pansement, et l'on y réussit assez facilement. Dupuytren ne paraît pas avoir rencontré de difficultés sérieuses dans les faits qu'il rapporte, et moi-même, dans les deux seuls cas où j'ai eu à pratiquer l'opération dont il s'agit, je suis arrivé assez promptement sur le sac. Sur l'un des malades, le collet, qu'il fallait débrider, n'a pu être attiré, et il était placé si haut, que, pour le rendre accessible à mes doigts et à mes instruments, j'ai dû prolonger l'incision de la paroi abdominale très-haut. Les deux sujets ont succombé; j'ai trouvé une péritonite purulente, mais je n'ai aucune raison pour penser que l'opération a plus contribué au développement de la péritonite que ne l'aurait fait l'opération ordinaire

D. *Résumé général du traitement.* — Il résulte de tout ce qui précède, que dans les cas où une anse intestinale, jusque-là réductible, est devenue irréductible et occasionne des accidents, il y a urgence à

ne pas laisser durer l'étranglement, et à le faire cesser en remettant l'intestin dans le ventre le plus promptement possible.

Les auteurs, jusqu'à ce jour, n'ont pas assez compris les avantages du taxis, et ont eu, presque tous, le tort de présenter l'opération comme une dernière ressource indiquée lorsque plusieurs des moyens non chirurgicaux ont été employés sans succès.

Je désire que l'on comprenne bien aujourd'hui que le choix doit être fait de suite entre le taxis et l'opération prompte, et, bien qu'il soit difficile, pour une maladie aussi variée dans les formes, de poser des règles, je crois devoir indiquer une dernière fois celles que j'ai adoptées, en tenant compte des modifications que doivent amener dans notre conduite, et le temps écoulé depuis la sortie de la hernie, et certaines circonstances indépendantes de la volonté des chirurgiens.

1° Je suppose d'abord qu'au moment où l'on est appelé les accidents sont récents, datent au plus de *vingt-quatre heures*, et que la présence de l'intestin dans la hernie est rendue indubitable tant par la tension de la tumeur que par l'existence de coliques et de vomissements plus prononcés que ceux qui accompagnent les épiplocèles étranglées.

La règle, en pareil cas, est de ne pas quitter le malade avant que la hernie ne soit rentrée.

On essaie le taxis sans chloroforme pendant cinq à dix minutes; si la hernie ne rentre pas, on endort le malade, on fait le taxis comme je l'ai dit plus haut, et on le continue pendant vingt à vingt-cinq minutes s'il

le faut. Dans ces conditions, surtout pour les hernies inguinales, le taxis bien fait et persévérant réussit presque toujours. Si cependant, au bout de ce temps, il n'y avait pas de résultat, l'opération du débridement devrait être faite séance tenante.

Il est malheureux que certaines circonstances empêchent quelquefois d'exécuter cette règle essentiellement chirurgicale, et nous obligent à la modifier au détriment du malade.

Tantôt le diagnostic est incertain. On hésite entre une épiplocèle pure et une entéro-épiplocèle. Ce doute ne doit pas encore empêcher de faire le taxis avec chloroforme; car si, pour l'épiplocèle, cette manœuvre n'est pas absolument nécessaire, elle est au moins sans danger. La hernie résiste-t-elle au taxis, il est permis de retarder de douze ou quinze heures l'opération, jusqu'à ce qu'on ait pu observer les effets d'un purgatif d'exploration donné par la bouche immédiatement après la tentative infructueuse de taxis. Mais il ne faut pas croire trop facilement à l'existence de l'épiplocèle enflammée ou étranglée : car, d'une part, elle est rare, et d'autre part, elle n'occasionne pas d'accidents assez sérieux, durant le premier jour, pour que le malade demande des secours. Par cela même qu'il y a des coliques ou des vomissements assez prononcés pour que l'on ait été demandé, il est très-probable que la hernie renferme de l'intestin, lequel doit être remis en place le plus promptement possible.

Tantôt le malade ne veut absolument pas être soumis au sommeil anesthésique, ce qui est rare aujour-

d'hui, ou bien, cc qui est plus commun et ne devrait pas exister, le praticien ne sait pas ou n'ose pas manier l'agent anesthésique. On est privé alors du meilleur secours pour les cas de ce genre; il faut cependant encore obéir à la règle, faire le taxis progressif sans chloroforme, en le prolongeant, au besoin, jusqu'à soixante minutes, et si l'on ne réussit pas, procéder, sans désemparer, au débridement.

Tantôt encore le chirurgien, soit qu'il n'ait pas confiance en lui-même, soit qu'il craigne la responsabilité d'un événement funeste, soit que la famille le lui impose, ne veut rien entreprendre seul, et désire, surtout si l'opération doit être pratiquée, l'assistance d'un ou de plusieurs confrères. L'important ici est de savoir qu'il faut perdre le moins de temps possible. Si l'assistance demandée peut être obtenue dans l'espace de trois à quatre heures, on peut attendre jusqu'à ce moment et préparer le malade soit par un bain, soit par l'application de la glace, sans faire aucune tentative de réduction. Mais si l'éloignement est tel, que la réunion désirée ne puisse avoir lieu avant douze, quinze ou vingt-quatre heures, le devoir du chirurgien est de faire comprendre à tout le monde, et de comprendre lui-même, qu'il ne faut pas perdre tant de temps, et que le taxis non interrompu doit être fait de suite. En cas d'échec de ce dernier, la responsabilité du débridement étant plus grande, et son exécution sans aide pouvant être difficile (quoiqu'il soit sage de se passer d'aide, si on est habitué aux opérations, plutôt que de perdre du temps), on ajourne l'opération, et on emploie préalablement les purgatifs,

la glace appliquée localement, le bain s'il est possible. Les aides une fois réunis, avant de procéder à l'opération, je veux bien, si les circonstances semblent le permettre, qu'on fasse encore une tentative de taxis. Mais si l'on est sûr que la première a été bien faite, je conseille plutôt de s'en abstenir et d'opérer de suite.

Tantôt encore, le chirurgien est en mesure de faire tout ce qu'il faut, mais le malade, après avoir consenti au taxis qui n'a pas réussi, refuse opiniâtrément l'opération. J'ai pris l'habitude, pour éviter ce contretemps, de ne pas prononcer devant le patient le mot effrayant d'opération et de lui parler seulement d'une petite ouverture pour faire rentrer la hernie. Mais, si malgré cette précaution, l'opération est refusée, au moins provisoirement, il faut bien recourir aux moyens médicaux, et je donne encore la préférence aux purgatifs, aux lavements de tabac, à la glace et au bain. On peut même revenir une seconde, peut-être une troisième fois au taxis, quoique je considère ces nouvelles tentatives comme étant le plus souvent inutiles et dangereuses, lorsque la manœuvre a été bien faite la première fois.

2° On est appelé *après vingt-quatre heures*, mais avant quarante-huit heures. Lorsque la hernie est de moyen et de gros volume, la règle est la même que tout à l'heure: taxis avec chloroforme d'abord, opération immédiatement après si l'on n'a pas réussi. Dans le cas où le chirurgien rencontrerait un des obstacles que nous avons indiqués, il agirait ainsi que nous l'avons dit plus haut. Je voudrais même que ceux qui ne sont pas en mesure de

donner le chloroforme et, au besoin d'opérer, mais qui peuvent appeler de suite une personne plus compétente, ou envoyer le patient à l'hôpital, n'entreprissent rien de chirurgical et adressassent immédiatement le malade à ceux qui ont tous les moyens de le secourir efficacement.

En effet, l'exécution de la règle peut être entravée par une circonstance qui se présente trop souvent dans la pratique des hôpitaux. Le malade, avant d'être confié au chirurgien qui doit prendre un dernier parti, en a consulté un ou plusieurs autres qui ont fait un taxis plus ou moins prolongé, dont on aurait besoin de connaître exactement la durée et la valeur. On a à craindre alors, si l'on revient de nouveau au taxis, de contusionner davantage l'anse intestinale. Je comprends, en pareil cas, l'hésitation, mais je ne saurais la partager longtemps. En effet, ce qu'il y aurait de plus mauvais dans ce cas, ce serait la temporisation. Je n'hésiterais donc pas à faire le débridement tout de suite, si j'apprenais positivement que le taxis a été fait sans succès pendant le sommeil anesthésique, ou que, fait sans anesthésie, il a été continué sans interruption une demi-heure au moins. Je reviendrais, au contraire, au taxis avec chloroforme, si les commémoratifs me donnaient des renseignements opposés.

Il importe d'examiner, d'ailleurs, si l'on n'a pas affaire à un de ces cas insolites, comme j'en ai cité un exemple, dans lesquels la rougeur et l'empâtement sous-cutané, en même temps que la gravité des symptômes fonctionnels et l'état général, indiquent une perforation préma-

turée de l'intestin. En pareil cas, point de taxis, opération immédiate.

De même, si on avait affaire à une très-petite hernie, il faudrait, dans la crainte de la perforation rapide d'une anse incomplète, s'en tenir à un taxis très-modéré de quelques instants, et s'il ne réussissait pas, procéder de suite au débridement, car si le taxis présente des dangers dans les cas de petite hernie, la temporisation offre exactement les mêmes inconvénients.

3° On est appelé *après quarante-huit heures*, et dans le cours de la troisième journée. Ici la conduite du chirurgien est guidée tout à la fois par la considération du volume de la tumeur, de ses antécédents et de l'intensité des symptômes fonctionnels.

Si la hernie est de moyen volume, et, à plus forte raison, si elle est volumineuse, si habituellement elle n'était pas contenue, si les symptômes fonctionnels ne sont pas très-intenses, si, enfin, elle présente cet ensemble de caractères qu'on a attribués à l'engouement et à l'inflammation, l'indication est encore de tenter la réduction par le taxis progressif avec chloroforme. En effet, les hernies qui présentent ces caractères (et ce sont surtout les hernies inguino-scrotales qui sont dans ce cas) sont d'ordinaire assez modérément étranglées pour être encore assez faciles à réduire à cette époque, et pour ne pas présenter de lésions intestinales graves. Supposons cependant que le taxis bien fait, avec chloroforme, et continué de vingt à trente minutes, n'ait pas réussi, il faut croire à l'existence d'un étranglement plus serré qu'on n'avait dû le supposer tout d'abord, et

procéder au débridement, à moins que quelqu'une des circonstances indiquées aux pages 266 et suiv. vienne malencontreusement s'y opposer.

Si, au contraire, à cette même période, on avait affaire à une hernie petite, habituellement contenue par un bon bandage ou par les seuls efforts de la nature, quand bien même les symptômes fonctionnels ne seraient pas très-intenses, et à plus forte raison s'ils l'étaient (les hernies crurales des femmes présentent souvent cet ensemble de caractères), on devrait ne pas songer un instant au taxis prolongé; on ferait quelques explorations et pressions sans chloroforme, pour s'assurer qu'il y a bien la tension et l'élasticité qui indiquent une résistance à la réduction. L'indication est d'opérer de suite, et cette indication est encore plus pressante si, quelques heures auparavant, un taxis plus ou moins violent a été fait par des mains inexpérimentées qui n'ont pas été en état de procéder en temps utile à la herniotomie.

4° Lorsqu'on est appelé dans le cours du *quatrième jour*, la détermination du chirurgien dépend encore de la comparaison qu'il peut faire du volume de la hernie avec l'intensité des phénomènes fonctionnels. Pour celles de petit et de moyen volume, il n'y a pas à hésiter, surtout lorsque le taxis a déjà été fait à plusieurs reprises par d'autres chirurgiens ou par le malade lui-même. Les lésions sérieuses qui peuvent s'être produites contre-indiquent le taxis, l'opération immédiate est nécessaire.

Si, au contraire, la hernie était très-volumineuse, sans rougeur, sans empâtement sous-cutané, si elle était de celles qui, habituellement, ne sont pas contenues,

qui sortent fréquemment et passent par des ouvertures larges, il serait encore permis d'essayer le taxis avec chloroforme, et ce traitement serait d'autant moins blâmable que l'opération, en pareil cas, est, le plus souvent, suivie d'insuccès.

5° Si l'on était appelé le *cinquième jour*, ou plus tard, le débridement immédiat serait toujours indiqué.

ARTICLE V.

ANUS CONTRE NATURE ACCIDENTEL.

Le mot *anus contre nature*, pris dans son acception la plus large, s'applique à tous les cas dans lesquels les matières intestinales s'échappent par une voie autre que celle qui, dans l'état normal, est destinée à leur donner issue. En se plaçant à ce point de vue général, on aurait à étudier l'anus contre nature *congénital*, l'anus contre nature *artificiel*, l'anus contre nature *accidentel*. Ici nous n'avons à nous occuper que de ce dernier et particulièrement de celui qui succède à la gangrène d'une portion d'intestin herniée.

En nous tenant dans ces limites, nous pouvons dire que l'anus contre nature accidentel est un orifice de la paroi abdominale (souvent aussi de la région crurale) qui laisse passer les matières intestinales en totalité ou en partie, à la suite d'un étranglement herniaire opéré trop tard ou abandonné à lui-même.

L'anus contre nature présente des différences suivant que la perte de substance de l'intestin, consécutive à sa gangrène, a été plus ou moins considérable. Ainsi, lors-

qu'une anse intestinale complète a été détruite en totalité ou dans une grande étendue, les deux bouts, accolés parallèlement l'un à l'autre, se trouvent ordinairement très-près de la paroi abdominale, et séparés l'un de l'autre par la cloison qui résulte de leur adossement. C'est ce qu'on appelle l'anus contre nature avec éperon. Lorsque la gangrène n'a détruit qu'une partie de l'anse supposée encore complète, ou lorsqu'elle a détruit une anse incomplète, la perte de substance ayant été moins étendue, les deux bouts s'accollent à la paroi abdominale en faisant un angle plus ou moins ouvert, et sans qu'une cloison résulte de leur jonction. C'est ce qu'on appelle l'anus contre nature sans éperon.

Nous décrirons successivement les caractères anatomiques de ces deux variétés.

Nous prendrons pour type la plus grave, celle qu'il est très-rare de voir guérir sans l'intervention de l'art.

I. *Anus contre nature avec éperon.* — Nous avons ici à examiner l'ouverture cutanée, les ouvertures intestinales et la cloison qui sépare les deux bouts.

A. L'ouverture cutanée se trouve dans l'une des régions ombilicale, inguinale ou inguino-crurale. Elle est ordinairement arrondie, et son diamètre variable entre 6 à 10 millimètres et 15 à 20, est tantôt trop étroit, et tantôt assez large pour permettre l'introduction du petit doigt. Elle est limitée par un contour cicatriciel, c'est-à-dire peu extensible, dû aux adhérences qui se sont établies, après l'élimination de la partie gangrénée, entre l'intestin et la paroi abdominale.

Autour de cette ouverture, et à une distance plus ou moins grande, suivant les sujets, la peau présente l'aspect rouge de l'érythème, et souvent l'aspect humide de l'érythème avec disparition de l'épiderme. Quelquefois aussi, l'érythème produit les saillies mamelonnées qui caractérisent la forme tuberculeuse de cette maladie.

Parfois, l'ouverture de l'anus contre nature est remplie en partie et comme effacée par un mamelon gros comme une noisette, une noix, et plus encore, dont la couleur rouge tranche sur la couleur de la peau, même dans le cas où celle-ci est érythémateuse, et dont la surface lisse, villeuse rappelle celle de l'intestin. En effet, cette saillie est formée par l'intestin qui s'échappe à travers l'ancien orifice herniaire, en se renversant et en présentant à l'extérieur sa membrane muqueuse. Habituellement, ce n'est pas cette membrane seule, c'est toute la paroi intestinale qui se renverse, ainsi que l'attestent les mouvements vermiculaires que présentent, pendant la vie, ces sortes de tumeurs. Il n'est pas impossible que, dans certains cas, la muqueuse seule se renverse de cette façon, mais je n'en connais pas d'exemple. Le renversement se fait tantôt aux dépens du bout supérieur seulement, tantôt aux dépens des deux bouts à la fois, presque jamais aux dépens du bout inférieur seul. Quand ce renversement a lieu, on peut quelquefois le réduire, c'est-à-dire faire rentrer l'intestin dans le ventre, en lui rendant, au moyen de quelques pressions, sa forme naturelle. Mais dans d'autres cas, et ce sont les plus fréquents, la réduction est rendue impossible par des adhérences qui se sont établies soit entre les

deux surfaces adossées de l'intestin, soit entre ce dernier et la paroi abdominale. — Il y a donc des anus contre nature avec éperon sans renversement, et d'autres qui sont compliqués de renversement, soit réductible, soit irréductible.

B. Quels sont, au niveau de cette ouverture, les rapports des deux bouts de l'intestin ? Ils arrivent à la paroi abdominale, adossés l'un à l'autre, à la manière des deux canons d'un fusil double, et se touchent par leurs bords mésentériques. De ce contact, de cet accollement des bords mésentériques des deux bouts, résulte la cloison intermédiaire que Desault et Dupuytren ont nommé *éperon*.

L'éperon offre une lougueur variable suivant les sujets, mais qui n'est guère moindre de 6 à 8 centimètres. A son niveau, le mésentère est atrophié, revenu sur lui-même et induré, ou bien est refoulé en avant ou en arrière des deux bouts accolés. Il est constitué par les tuniques de ces derniers, c'est-à-dire par les deux séreuses intimement accolées, les deux tuniques musculaires et les deux muqueuses. Son bord antérieur est libre et très-rapproché de l'ouverture abdominale; quelquefois on le trouve au niveau même dc celle-ci, en sorte qu'il ne reste pas d'intervalle entre les bouts de l'intestin et l'ouverture cutanée, et, qu'en conséquence, les matières sont bien plus facilement rejetées au dehors par le bout supérieur, que versées dans l'inférieur. C'est ce qui fait l'incurabilité de ces sortes de cas. L'anus contre nature est alors caractérisé tout à la fois par la présence de l'éperon

et l'absence de cavité intermédiaire ou infundibulum.

Chez certains sujets, l'éperon, incessamment comprimé par les matières alimentaires au moment où elles s'échappent au dehors, est refoulé vers le bout inférieur, et l'oblitère en grande partie, ce qui est encore une cause d'incurabilité.

Les deux bouts de l'intestin sont accolés à la paroi abdominale par tout le contour au niveau duquel s'est opérée la perte de substance. Ces adhérences, au début, sont molles et filamenteuses; mais avec le temps, elles deviennent fibreuses et solides. A notre époque, on s'est préoccupé de savoir si les adhérences entre l'intestin et la paroi abdominale étaient très-circonscrites, ou si elles occupaient une grande surface. Il est probable que les deux choses peuvent exister, mais l'étendue des adhérences est toujours impossible à déterminer pendant la vie, et pourtant, dans certains cas, il serait bien désirable pour l'opérateur de connaître exactement quelles en sont les limites.

Le bout inférieur a de la tendance à se rétrécir de plus en plus. Bégin a même cité un cas dans lequel, chez un individu affecté depuis quarante ans d'un anus contre nature, ce bout n'offrait plus aucune cavité. Le supérieur au contraire, qui continue à recevoir des matières alimentaires, à les faire circuler, et à les élaborer, est plus large et plus épais que l'inférieur.

La structure de l'intestin est, chez certains sujets sensiblement modifiée au niveau de l'ouverture de la paroi abdominale. M. E. Q. Legendre, dans un mémoire lu à la Société de chirurgie, le 23 juillet 1856,

a établi, en se fondant sur des expériences faites sur les animaux, que la muqueuse était séparée de la musculeuse par un tissu cellulaire très-épais, friable et facile à décoller, que la tunique musculeuse était elle-même épaissie et considérablement hypertrophiée, même sur le bout inférieur, de telle sorte qu'à ce niveau, entre la muqueuse et le péritoine, il existait un espace trois ou quatre fois plus considérable qu'à l'état normal. La connaissance de cette disposition fait comprendre la réussite de certaines opérations qu'on s'expliquait difficilement sans elle. L'épaississement de la musculeuse peut même, selon M. Legendre, être porté assez loin pour que la couche des fibres longitudinales et celle des fibres circulaires soient facilement séparées l'une de l'autre par des tractions moderées. M. Foucher, dans sa *Thèse d'agrégation* (Paris 1857), fait remarquer avec raison que, pour arriver à ses conclusions, M. Legendre s'est appuyé principalement sur ce qu'il avait observé chez les animaux, et sur ce qu'il avait constaté chez une malade pendant une opération que pratiquait M. Denonvilliers, le 5 décembre 1849, mais que ces observations ne suffisent pas pour faire admettre ces dispositions, comme constantes, ou comme ayant lieu au même degré sur tous les sujets de l'espèce humaine.

Quelquefois, les seules adhérences que l'on rencontre sont celles qui unissent le contour de l'intestin à la paroi abdominale, et celles qui unissent les deux bouts l'un à l'autre dans l'étendue de plusieurs centimètres. Mais quelquefois aussi on trouve un des bouts ou tous les

deux adhérents à des anses voisines, disposition malheureuse, parce qu'elle expose à saisir entre les branches de l'entérotôme, d'autres parties de l'intestin que celles dont la section est nécessaire pour faire disparaître l'éperon.

II. *Anus contre nature sans éperon.* — Dans cette variété, les deux bouts de l'intestin forment un angle très-ouvert; il n'existe pas d'éperon, ou du moins le bord libre de la paroi d'adossement des deux bouts intestinaux se trouve assez distant de l'orifice cutané, pour qu'il existe une sorte de cavité ou sac intermédiaire entre les orifices intestinaux d'une part, et celui de la paroi abdominale d'autre part. C'est cette cavité que Scarpa a désigné sous le nom d'*entonnoir membraneux*.

Cette partie intermédiaire est généralement plus évasée vers le fond, là où elle se continue avec les deux bouts intestinaux, plus étroite à son sommet, où elle se continue avec la peau.

Par quoi sont formées les parois de l'entonnoir de Scarpa? D'après ce chirurgien, par les restes du sac herniaire. Attirés vers la cavité abdominale, à la suite de l'élimination gangréneuse, par la contraction des deux bouts qui lui adhèrent, ces débris du sac représenteraient un canal infundibuliforme adhérent en arrière à l'intestin, en avant à la paroi abdominale.

Mais il est probable que ces parois sont constituées aussi en partie par des fausses membranes qui, alors qu'elles étaient molles, se sont laissé distendre et allonger de manière à former le canal accidentel.

Nous pouvons donc avoir, comme tissu prenant part

à la constitution de l'entonnoir, le péritoine (débris du sac), puis un tissu fibreux ou séro-fibreux résultant des fausses membranes devenues cicatricielles, et même la paroi intestinale allongée, sans que l'anatomiste puisse, le scapel à la main, décider rigoureusement quelle est la partie de l'entonnoir formée par la péritoine, quelle est celle formée par les fausses membranes. Enfin, la muqueuse intestinale elle-même peut tapisser le trajet dans toute son étendue, tandis que, dans d'autres cas, c'est une membrane pyogénique qui le limite intérieurement.

III. 3ᵉ *Variété.* — Entre les deux variétés précédentes, s'en trouve une troisième dans laquelle l'intestin reste à une certaine distance de la paroi abdominale, mais n'en est cependant pas très-éloigné, dans laquelle, par conséquent, il y a éperon, mais éperon ne s'avançant pas jusqu'à l'orifice externe, et dans laquelle encore existe une cavité intermédiaire ou infundibulum, mais beaucoup moins grande que dans le cas précédent.

Il ne faut pas oublier que quelquefois ces variétés se succèdent les unes aux autres, c'est-à-dire que l'anus contre nature, après avoir eu un éperon sans infundibulum, peut passer progressivement, par le retrait de l'intestin dans le ventre, à l'état d'anus contre nature sans éperon et avec infundibulum, ainsi que nous l'indiquerons plus loin.

§ 2. — Symptômes et accidents de l'anus contre nature.

Signes physiques. — Ouverture plus ou moins arrondie, plus ou moins étroite, laissant passer le petit doigt,

et quelquefois seulement une sonde de femme. Cette ouverture est tantôt vide, tantôt remplie par une tumeur rouge et arrondie que forme le renversement de l'intestin. Dans certains cas, la main peut refouler cette tumeur et la réduire. Dans d'autres, qui sont plus fréquents, la réduction est impossible.

Autour de cette ouverture, la peau, surtout au début de la maladie, est presque toujours rouge dans une grande étendue ; quelquefois elle est dépouvue d'épiderme. Lorsque la maladie est ancienne, cette surface est inégale, bosselée, parce que l'érythème a pris la forme papuleuse, ou tuberculeuse.

Signes fonctionnels. — L'orifice laisse passer des matières bouillantes vertes ou jaunes, qui sont formées tout à la fois par les gaz, le mucus intestinal et les débris des aliments. Ces matières, que ne retient pas un sphincter, s'échappent à tout instant, mais en plus grande abondance après le repas ou l'ingestion des boissons. Quelquefois, c'est au bout d'une demi-heure ou d'une heure, d'autres fois au bout de plusieurs heures que les matières ingérées s'échappent. Ces différences s'expliquent surtout par la situation plus ou moins élevée de la lésion. Lorsque celle-ci est rapprochée de l'estomac, les liquides arrivent nécessairement plus vite à l'orifice anormal que dans les cas où ce dernier est voisin de la fin de l'iléum. Elles s'expliquent aussi par la nature des aliments. Lallemand a noté que les viandes étaient rejetées plus tard que les végétaux.

Dupuytren a, d'ailleurs, fait remarquer que le cours des matières était plus rapide que dans l'état normal;

ce qu'il expliquait par l'hypertrophie musculaire, dont le bout supérieur est le siége.

Comment fonctionne le bout inférieur de l'intestin? Sous ce rapport, il y a deux catégories de malades ; les uns ne vont pas du tout à la garde-robe (anus avec éperon très-saillant), les autres y vont de temps en temps, et quelques-uns même assez souvent, ce qui a lieu dans les cas où l'anus contre nature est sans éperon, ou du moins avec un éperon peu marqué.

Quant à la santé générale, elle se conserve assez bien lorsque l'anus contre nature est de ceux qui, permettant encore de temps en temps les garde-robes par les voies naturelles, laissent une partie des aliments parcourir toute la longueur du tube digestif. Elle s'altère, au contraire, lorsque rien ne passe au delà de l'anus anormal, et surtout lorsque ce dernier est placé un peu haut. Alors, on voit le malade maigrir et s'affaiblir. Il survit cependant, si l'appétit se conserve et si les aliments sont pris en assez grande quantité pour remédier au défaut de longueur de la surface absorbante. Mais la mort a lieu au bout de quelques semaines ou de quelques mois, lorsque l'appétit est diminué ou supprimé, tant par suite de la souffrance et de la démoralisation que par l'insuffisance des fonctions digestives.

J'ai perdu un malade par une péritonite lente et larvée qui ne s'était traduite par aucun des symptômes habituels de cette maladie, si ce n'est par un défaut d'appétit.

Complications, accidents. — Quelquefois, les sujets qui ont un anus contre nature sont pris tout à coup de

coliques très-violentes, et cet état douloureux coïncide avec une diminution de l'écoulement des matières intestinales au dehors. Il se fait alors une accumulation de ces matières dans le bout supérieur de l'intestin, et cela tient ou à ce que celles-ci sont épaisses, ou à ce qu'il s'est fait un rétrécissement trop rapide de l'ouverture extérieure, alors que le passage vers le bout inférieur est encore impossible, ou bien, à ce que les matières, ayant commencé à cheminer dans le bout inférieur, s'en trouvent empêchées par une obstruction de ce dernier par des corps étrangers tels que des vers lombrics. C'est dans tous ces cas que l'accident est désigné sous le nom d'*engorgement de l'entonnoir membraneux*.

Ces coliques sont habituellement passagères et se terminent après deux ou trois heures par la sortie abondante de matières par l'ouverture extérieure, ou bien par une garde-robe très-copieuse. Mais cette rétention des matières, après avoir commencé par des coliques, peut se terminer par une péritonite suraiguë, et par une mort rapide au bout de quelques heures. Alors, un point des adhérences à la paroi abdominale, ou même un point de l'infundibulum s'est rompu, et il s'est produit une péritonite par épanchement. Scarpa a fait une autopsie de ce genre.

Quelquefois le malade, après avoir eu des coliques, ou sans en avoir eu, ressent, autour de l'orifice extérieur, de la chaleur, de la douleur, de la tuméfaction apparaît ; puis tout se termine par un abcès, et après l'écoulement du pus survient, par cette nouvelle ouver-

ture, celui des matières intestinales. C'est une fistule stercorale qui se surajoute à l'anus contre nature.

Autour de l'orifice accidentel, on peut encore voir se développer un érysipèle.

Parmi les complications, signalons aussi le renversement de l'intestin, et surtout le renversement irréductible, dont nous avons déjà parlé.

Il n'est pas impossible que le renversement soit assez considérable pour former, au delà de l'anus contre nature, un cylindre rouge de plusieurs centimètres de longueur, ou même deux cylindres adossés, dont chacun est formé par la projection de l'un des bouts de l'intestin. Cette variété extrêmement rare de renversement peut encore être réductible ou irréductible. Elle constitue ce qu'on a appelé l'*invagination* compliquant l'anus contre nature.

§ 3. — Terminaisons.

Cherchons maintenant ce que devient l'anus contre nature abandonné à lui-même.

Premier cas.—L'orifice accidentel laisse passer toutes les matières intestinales, et le malade ne va pas à la garde-robe. Le plus souvent, les choses restent dans cet état; des adhérences solides s'établissent entre l'intestin et la paroi abdominale, puis entre les deux bouts, entre ceux-ci et le mésentère, ou bien encore entre eux et l'épiploon, ou les anses intestinales voisines, et ces adhérences donnent à l'intestin ouvert, une situation permanente contre laquelle la nature ne peut plus lutter. En pareil cas, le malade peut survivre avec

cette infirmité déplorable, ou bien il succombe à la suite du dépérissement plus ou moins rapide dont il a été question plus haut. Cependant, il n'est pas impossible qu'une amélioration survienne, et, qu'au bout d'un certain temps, le malade aille à la garde-robe par les voies naturelles. Alors, le dépérissement est un peu moindre, le malade a plus de chances de ne pas mourir, mais il conserve son infirmité.

D'autres fois, après une amélioration survenue au bout de six semaines à deux mois, on voit les garde-robes naturelles devenir de plus en plus fréquentes, et l'écoulement par l'orifice extérieur de moins en moins abondant. Cet orifice se resserre peu à peu et finit quelquefois par n'avoir plus que les dimensions d'un petit tuyau de plume, c'est-à-dire que l'anus contre nature s'est changé en une fistule stercorale. Enfin après un an, quinze ou dix-huit-mois, la fistule se ferme et le malade est guéri. Notons que cette heureuse terminaison est très-rare, lorsqu'au début toutes les matières s'écoulaient vers l'extérieur.

Deuxième cas. — D'autres fois encore il s'écoule, dans le principe, une abondante quantité de matières par l'ouverture accidentelle, mais dès le troisième, quatrième ou cinquième jour, le malade va à la garde-robe. Quand il en est ainsi, on voit assez souvent l'anus contre nature guérir spontanément, après s'être rétréci peu à peu et s'être encore transformé en fistule. Cependant il arrive encore quelquefois, dans ces cas d'abord favorables, que la guérison ne s'achève pas, et que le malade conserve une fistule interminable.

Mécanisme de la guérison. — L'étude de ce mécanisme conduit à certains renseignements utiles pour le traitement.

Il y a trois phénomènes anatomiques sur la réalité desquels toute le monde s'entend ; ce sont : 1° le retrait progressif de l'intestin dans la cavité abdominale ; 2° la formation ou l'agrandissement de l'entonnoir de Scarpa ; 3° le rétrécissement de l'orifice extérieur. L'explication est la chose difficile sur laquelle les opinions ont pu varier.

Lorsqu'un anus contre nature tend à guérir, ces trois phénomènes s'observent simultanément. Pour l'étude, nous sommes obligés de les séparer et de les examiner l'un après l'autre.

1° *Retrait de l'intestin.* — Scarpa et Dupuytren ont attribué aux contractions péristaltiques de l'intestin, son éloignement de la paroi abdominale. Ils ont pensé que cet éloignement était produit aussi par la pression qu'exercent sur la cavité intermédiaire et sur l'éperon les matières poussées du bout supérieur dans l'inférieur par les contractions de l'intestin.

A ces deux causes, Dupuytren en a ajouté une autre que Scarpa navait qu'entrevue, c'est la rétraction du mésentère. Selon lui, le mésentère allongé anormalement au moment de la formation des adhérences, se modifierait, et formerait une espèce de corde, corde mésentérique, s'étendant de l'intestin à la colonne vertébrale. Les premiers phénomènes passés, ce mésentère tendrait à revenir sur lui-même, à reprendre sa position première, et, en se rétractant, attirerait

l'intestin en arrière. Nous devons reconnaître que Dupuytren, tout en signalant cette cause, ne lui a pas fait jouer un rôle exclusif, puisqu'il admettait aussi l'influence des contractions péristaltiques, et celle des pressions exercées sur l'éperon par les matières intestinales.

Pour que les diverses causes que nous venons d'indiquer puissent opérer le retrait de l'intestin dans le ventre, et lutter avec efficacité contre la tendance à sa sortie qui est la conséquence des efforts, une condition est nécessaire, c'est que les forces qui doivent attirer l'intestin dans le ventre, soient supérieures à celles qui tendent à retenir ce viscère contre la paroi abdominale.

Les contractions de l'intestin, si continues qu'elles soient, ne sauraient lutter contre des adhérences très-étendues et très-solides. La pression des matières, la rétraction un peu problématique du mésentère, ne peuvent non plus surmonter ces obstacles, quand ils sont très-prononcés, et surtout quand il y a primitivement un éperon saillant sans cavité intermédiaire aux deux bouts. Voilà pourquoi, en pareil cas, malgré tous les efforts de la nature, la maladie reste, à part quelques exceptions, incurable spontanément.

2° *Agrandissement de l'infundibulum.* — A mesure que l'intestin rentre dans le ventre, l'infundibulum se forme, s'il n'existait pas d'abord, ou se prononce davantage s'il existait. Ce qui est difficile, c'est de savoir aux dépens de quelles parties se développe cet entonnoir.

Scarpa, nous l'avons dit, considérait l'infundibulum comme formé par les débris du sac, et il supposait que

l'extensibilité du tissu cellulaire qui unit le sac herniaire aux parties molles extérieures au delà de l'anneau, permettait à tout ce qui restait du sac d'être attiré en arrière par l'intestin. Pour que l'infundibulum se produise, et par conséquent, pour que la guérison spontanée ait lieu, la présence de tout ou d'une partie notable du sac herniaire serait donc nécessaire, d'après le chirurgien de Pavie. Mais comme, d'une part, on a vu guérir quelques anus contre nature qui avaient été précédés de la gangrène et de l'expulsion d'une grande partie du sac, comme on voit aussi guérir ceux qui ont succédé à une plaie intestinale, il faut bien admettre que la cavité intermédiaire peut se former autrement qu'au moyen des débris du sac, que, par exemple, les adhérences établies entre l'intestin et la paroi abdominale peuvent, en s'allongeant, constituer les parois de l'entonnoir, ou que même la paroi de l'intestin peut prêter assez pour en former, sinon la totalité, au moins une partie. De là, les trois variétés indiquées dans la *Thèse de concours* de M. Foucher (*loc. cit.*), sous les noms d'infundibulum *membraneux*, infundibulum *cicatriciel*, et infundibulum *intestinal*.

3° *Resserrement de l'orifice extérieur.* — Le contour de l'orifice extérieur et une partie de la cavité sont tapissées par une membrane pyogénique douée d'une certaine puissance de rétraction. C'est la propriété rétractile de ce tissu qui entre en action pour produire le resserrement progressif, et finalement l'oblitération de l'ouverture accidentelle. Mais deux conditions sont nécessaires pour que ce résultat si désirable

soit obtenu : la première, que les matières aient, par suite du retrait et des autres phénomènes dont nous venons de parler, plus de tendance à suivre la voie naturelle que la voie anormale ; la seconde, que le tissu du contour n'ait pas perdu avec le temps le pouvoir rétractile dont nous venons de parler.

En définitive, quand un anus contre nature arrive à guérison, les bords de l'intestin ne se rapprochent pas comme le croyaient les anciens ; mais la continuité se rétablit à l'aide d'une cavité intermédiaire, dont la formation peut être comparée à une opération autoplastique. C'est une sorte d'autoplastie spontanée.

Combien il est malheureux que ce travail soit si difficile et si souvent entravé ! J'ai dit que dans les cas d'anus avec éperon le retrait de l'intestin dans le ventre et la formation de l'infundibulum étaient souvent impossibles. Dans ceux où l'éperon est plus profond, et l'infundibulum en partie formé, la nature reste encore assez souvent impuissante, soit parce que le bout inférieur trop étroit ne peut recevoir toutes les matières que lui versent la cavité de l'infundibulum, et que ces matières trouvent un chemin plus facile vers l'extérieur, soit parce qu'une perforation de l'infundibulum vient tout compromettre en donnant une péritonite mortelle, soit enfin parce que l'orifice extérieur n'a plus la propriété de revenir sur lui-même.

En somme, la guérison spontanée est rare, et l'on comprend pourquoi elle a lieu plutôt dans les cas d'anus contre nature avec infundibulum, que dans ceux d'anus contre nature avec éperon.

§ 4. — Diagnostic.

Il est généralement facile de reconnaître un anus contre nature. La position et l'aspect de la plaie, l'issue des matières intestinales le caractérisent suffisamment. On reconnaît de même avec facilité le bourrelet formé par le renversement de l'intestin. Celui-ci est-il par hasard formé par la muqueuse seule ou bien par toute la paroi intestinale ? Pour déterminer ce point, on tiendra compte de la présence ou de l'absence des mouvements vermiculaires sollicités dans cette portion renversée par l'exposition à l'air ou par des attouchements.

Le renversement est-il susceptible de réduction ou est-il irréductible ? On résout cette question par des tentatives modérées de taxis, mais pour mon compte je n'ai vu jusqu'à présent que des renversements irréductibles.

Comment reconnaître la position des deux bouts l'un par rapport à l'autre ? Y a-t-il un éperon, et à quelle distance est-il ? Y a-t-il une cavité intermédiaire ? Pour arriver à la solution de ces questions importantes pour le traitement, il faut faire une exploration en introduisant le doigt ou des instruments par l'ouverture anormale. Mais ces manœuvres exposeraient à tirailler et à faire céder des adhérences non encore solides. C'est une première raison pour ne pas les faire trop tôt. Il y en a une autre, c'est que, la guérison spontanée étant à la rigueur possible, on n'a pas à entreprendre de traitement actif avant d'avoir observé suffisamment les tendances de la nature, et pendant qu'on fait ces observations il est inu-

tile de se livrer à des explorations qui pourraient entraver la marche naturelle, et exposer, par la déchirure dont je viens de parler, à un épanchement stercoral dans le péritoine. En général les explorations dont il s'agit ne doivent pas être faites avant la fin du deuxième mois.

Le moment étant donc venu, on cherche d'abord à introduire un doigt, l'indicateur, ou, s'il ne peut pénétrer, le petit doigt. On le fait entrer aussi profondément que possible, et en le ramenant d'arrière en avant on voit s'il existe une cloison intermédiaire. Lorsqu'on est arrivé au bord antérieur de celle-ci, on conduit le même doigt dans une autre cavité qui est l'autre bout de l'intestin. Cette manœuvre fait aisément constater et l'éperon, et le degré de sa saillie en avant, et la situation réciproque des deux bouts. On reconnaît pour le bout supérieur celui qui laisse sortir les matières intestinales au moment où l'on retire le doigt, ou celui qui les laisse échapper par une sonde en gomme ou en métal préalablement introduite. Lorsqu'il y a renversement du bout supérieur ou des deux bouts, on reconnaît encore mieux le supérieur, puisqu'on voit le point par où s'échappe, en bouillonnant, le liquide verdâtre ou jaunâtre mélangé de gaz.

Lorsque l'orifice extérieur est trop étroit pour laisser passer le doigt, on se sert d'une sonde de femme, avec laquelle on cherche à apprécier si, après avoir senti une résistance et ramené l'instrument en avant, il passe sans rencontrer d'obstacle dans un autre trajet qui serait le second bout. On peut aussi se servir de deux sondes qu'on engage dans deux directions différentes, et l'on cherche,

en les rapprochant, à déterminer si elles se touchent ou si elles sont séparées par un tissu intermédiaire. Je me suis quelquefois servi avec avantage, pour ces explorations, de deux hystéromètres au lieu de deux sondes ordinaires. La longueur des instruments facilite les manœuvres.

Lorsque l'exploration avec les sondes, et cela arrive souvent, laisse dans le doute sur la question de savoir s'il y a ou non un éperon qui doit être détruit avec l'entérotome, il ne faut pas hésiter à dilater l'orifice extérieur avec de l'éponge préparée. J'ai plusieurs fois constaté qu'en quelques heures on obtenait un agrandissement assez considérable pour introduire le doigt indicateur. Mais j'ai ici à faire une remarque importante. L'éponge préparée ne reste pas en place plus de deux ou trois heures, et ce temps lui suffit en général pour remplir son office de moyen dilatant. Au bout de ce temps elle est expulsée par les matières intestinales auxquelles elle a fermé passage, mais, qui, en s'accumulant, finissent par la chasser. L'orifice alors se resserre et revient en quelques heures aux dimensions qu'il avait primitivement. Si donc on arrive auprès du malade dix, quinze ou vingt-quatre heures après avoir mis l'éponge, on ne trouve pas l'effet qu'on attendait, on croit même à tort qu'il ne s'est pas produit. C'est pourquoi il faut placer l'éponge cinq ou six heures avant le moment où l'on pourra revenir auprès du malade. Une femme que j'avais, en 1863, dans mon service à la Pitié, pour un anus contre nature étroit, sans renversement, avait appris à mettre elle-même le

morceau d'éponge préparée que nous avions soin de lui tailler à l'avance. Elle l'introduisait vers trois heures du matin, le maintenait avec son bandage triangulaire, et lorsque j'arrivais à huit heures, je trouvais l'orifice assez large pour admettre mon petit doigt et avec lui un ou deux hystéromètres.

Ces manœuvres permettent de trouver l'éperon lorsqu'il est à quelques millimètres ou à un centimètre de la paroi abdominale. Mais si, après avoir porté le doigt et la sonde aussi loin que possible, on ne trouve pas de saillie, on peut conclure à la non existence de l'éperon ou au moins à son éloignement trop grand pour qu'il puisse gêner le cours des matières.

Dans le cas où on ne trouve pas d'éperon, il faut se demander où est le bout inférieur, et s'il est assez large pour recevoir convenablement les matières intestinales. Ce point est difficile à résoudre par les explorations. Heureusement quand l'éperon manque, en général le bout inférieur est bien disposé.

§ 5. — Pronostic.

Il résulte de tout ce qui précède que l'anus contre nature est une affection grave. Après avoir échappé aux premiers accidents, quelques malades meurent par inanition. Un certain nombre ne peuvent que s'améliorer et ne guérissent pas. La guérison spontanée est la terminaison la plus favorable, mais la plus rare. Bien plus souvent, le chirurgien est obligé d'intervenir, et cette intervention n'est pas exempte de danger.

§ 6. — Traitement.

Le traitement est différent, suivant que la maladie est récente ou qu'elle a une certaine ancienneté.

1° Au début, pendant environ deux mois, il est essentiellement médical. Nous savons, en effet, que pour un traitement chirurgical il faudrait se servir des doigts et des instruments, ce qui exposerait à faire céder des adhérences encore molles. Ensuite on ne peut savoir à quel degré est prononcée chez le malade la tendance à la guérison spontanée.

Pendant ce temps il faut tout faire pour que le malade ne meure pas d'inanition, et pour qu'il ne se démoralise pas complétement. On lui donnera une nourriture aussi substantielle que possible, et pour ne pas laisser la partie inférieure de l'intestin dans l'inaction, on fera prendre de temps en temps des lavements simples ou des lavements de bouillon; on fera des injections de bouillon dans le bout inférieur, au niveau de l'orifice accidentel. Les lavements et injections de bouillon sont encore plus spécialement indiqués, lorsque le sujet déjà très-affaibli ne peut conserver aucun des aliments pris par la bouche.

2° L'anus contre nature est formé déjà depuis plusieurs mois, et on a constaté un éperon très-prononcé. Que faut-il faire? Depuis le commencement du siècle on sait à quoi s'en tenir sur ce point. Il faut, avant tout, refouler ou détruire l'éperon, et agrandir ainsi la cavité intermédiaire aux deux bouts.

Pour arriver à ce résultat, Desault plaçait dans le bout supérieur et le bout inférieur des mèches de coton qui, se trouvant par leur partie médiane comme à cheval sur l'éperon, avaient pour mission de le comprimer et de le pousser en arrière.

On a peu réussi par ce moyen, mais l'indication était bien saisie. C'était déjà un point important.

Un peu plus tard, Smalkadden, et ensuite Physick (de Philadelphie), essayèrent de couper progressivement l'éperon, l'un avec un bistouri, l'autre avec un fil conduit au moyen d'une aiguille à travers la base de cette cloison. Mais ces tentatives seraient vite tombées dans l'oubli, parce qu'elles exposaient à l'épanchement stercoral dans le péritoine, si l'on n'avait cru devoir les mettre en relief pour enlever à Dupuytren une partie de la gloire qui lui revient dans cette question.

En effet, Dupuytren, en 1813, en vue de diminuer la difficulté du passage des matières du bout supérieur dans le bout inférieur, songea aussi à détruire l'éperon, mais il voulut le détruire lentement des surfaces muqueuses vers les surfaces séreuses, par un procédé qui fît adhérer ces dernières séreuses, en même temps qu'il mortifierait la cloison. Ainsi fut inventé l'un des plus ingénieux instruments de la chirurgie de ce siècle, l'entérotome de Dupuytren. C'est une longue pince composée de deux branches, l'une mâle, l'autre femelle, la première plus mince, offrant un bord onduleux, la seconde, plus épaisse, creusée dans toute sa longueur d'une gouttière assez profonde pour recevoir la moitié environ de la largeur de l'autre, présentant d'ailleurs

aussi des ondulations tout le long des bords de la gouttière. Les deux branches peuvent se séparer. On les réunit et les articule au moyen d'un pivot mobile analogue à celui du forceps. Une vis de pression qu'on engage dans une longue mortaise creusée sur le manche de la branche mâle, et qu'on visse dans une ouverture taraudée de la branche femelle, sert à rapprocher les deux parties de l'instrument et à serrer les objets contenus entre elles.

Pour se servir de l'entérotome, on engage une des branches dans un bout de l'intestin, l'autre dans l'autre bout, assez profondément pour saisir 6 à 8 centimètres au moins de la cloison intermédiaire. Pour faire cette introduction l'on se sert, comme conducteur, du doigt index, ou, si celui-ci est trop gros, du petit doigt, que l'on fait glisser d'abord dans l'un des bouts et ensuite dans l'autre, lorsque déjà le premier a reçu la branche qui lui était destinée.

Les pinces, après avoir été introduites séparément, sont articulées au moyen du pivot mobile, et à l'aide de la vis on les rapproche en serrant autant que possible, de telle façon que la partie d'intestin comprise entre les deux branches soit soumise de suite à une forte pression. On fixe ensuite l'instrument à un bandage de corps au moyen de cordons en fil ou en coton.

Quelquefois, immédiatement après l'application de l'entérotome, le malade accuse une colique vive qui se prolonge quelques heures, puis disparaît. Ensuite la règle est que tout se passe sans accidents. Du huitième au dixième jour, la pince devient mobile; on la retire

et l'on trouve entre ses branches une languette membraneuse noire, formée par l'eschare intestinale. Sans doute il n'est pas impossible qu'une péritonite simplement inflammatoire se développe, ou qu'une perforation ait lieu parce que l'eschare s'élimine avant l'établissement des adhérences; mais je n'ai pas vu pour ma part d'accidents de ce genre, et quand on en citera des exemples, je demanderai qu'on spécifie bien si l'on s'était servi de l'entérotome de Dupuytren ou d'un autre.

J'ai, d'ailleurs, pris l'habitude, pour mettre le malade à l'abri de la péritonite par perforation, de ne lui permettre que du bouillon pour nourriture, et de lui donner chaque jour 0,10 à 0,15 centigrammes d'opium, à doses fractionnées, en vue de supprimer ou d'amoindrir beaucoup les contractions intestinales.

Je crois devoir passer sous silence les modifications qui ont été faites à l'entérotome de Dupuytren, parce qu'aucune d'elles ne m'a paru valoir l'instrument primitif du grand chirurgien. La plupart de ces modifications se font remarquer par la plus grande largeur et la moindre longueur de la partie comprimante. Or, cette largeur expose plus à la perforation que les lames étroites de Dupuytren, et celles-ci détruisent une portion assez considérable de l'éperon, pour que l'espace intermédiaire aux deux bouts devienne considérable.

J'ai montré à la Société de chirurgie en 1856 (*Bullet.*, tome VII, page 86), la pièce anatomique provenant d'un jeune homme sur lequel j'avais appliqué l'entérotome de Dupuytren trois mois auparavant pour un anus contre nature avec éperon, et que j'ai eu le malheur de perdre

ultérieurement à la suite d'un érysipèle consécutif à l'opération occlusive. L'espace intermédiaire aux deux bouts formait la variété d'infundibulum que nous avons appelé intestinal ; il était considérable, et les deux bouts étaient accolés solidement en avant et en arrière. La pièce déposée au musée Dupuytren, est représentée, à côté d'une pièce analogue d'A. Bérard, à la fin de la thèse de M. Foucher.

L'entérotome une fois tombé, et quelquefois deux ou trois jours avant qu'il se détache, le malade va à la garde-robe; puis il continue à y aller tous les deux, trois ou quatre jours. Ses forces renaissent, il reprend de l'embonpoint. C'est déjà un excellent résultat obtenu, mais il est insuffisant. L'orifice extérieur subsiste, et laisse passer encore une plus ou moins grande quantité de matières intestinales. Dans les cas heureux, on le voit se resserrer peu à peu, les garde-robes deviennent de plus en plus fréquentes, et au bout d'un temps qui varie entre plusieurs semaines et trois ou quatre mois, il s'oblitère définitivement. Le chirurgien doit favoriser cette oblitération en maintenant à l'aide d'un spica une compression qui ne doit pas être douloureuse. J'ai l'habitude, pour rendre cette compression plus efficace, tout en la laissant indolente, de placer d'abord, après avoir mis un linge cératé et de la charpie, le spica ordinaire avec une bande, puis par-dessus la bande un bandage herniaire, dont je mets la pelote dans le point correspondant à l'ouverture accidentelle, et que je maintiens lui-même avec une nouvelle bande en spica. Il est bien entendn que ce mode de pansement ne peut être

employé qu'à l'époque où l'écoulement s'est assez amoindri pour que le bandage ne soit pas sali immédiatement, et pour qu'on n'ait pas à craindre les coliques et autres phénomènes de rétention stercorale dans le bout supérieur et dans l'infundibulum.

Malheureusement dans un nombre de faits plus considérable que ne l'avait cru Dupuytren, les matières continuent à passer en trop grande quantité par la voie accidentelle, l'orifice ne se resserre pas, et l'infirmité persiste. Cela peut tenir ou à ce que l'éperon n'a pas été coupé dans une assez grande étendue, ou à ce que sa portion restante a été repoussée en avant et près de l'ouverture, ou à ce que le bout inférieur étant trop étroit, et sa jonction avec la cavité intermédiaire créée par l'entérotome étant trop petite pour recevoir facilement les matières intestinales, celles-ci continuent à trouver un chemin plus facile vers l'extérieur, ou bien enfin à ce que l'orifice a perdu son pouvoir rétractile, souvent empêché d'ailleurs par un renversement irréductible.

Le devoir du chirurgien, quand huit à dix semaines se sont écoulées sans resserrement de l'orifice extérieur, est de chercher à se rendre compte des dispositions anatomiques. Il porte alors au delà de l'orifice, avec les précautions indiquées plus haut, le doigt seul ou le doigt et l'hystéromètre, pour chercher s'il reste un éperon. Il tâche de conduire le doigt dans le bout inférieur pour apprécier ses dimensions. Cette dernière exploration est, de beaucoup, la plus difficile, car on ne sait pas où est ce bout inférieur. A force de tâton-

nements on peut finir par le rencontrer; mais quand il est placé trop loin, il échappe quelquefois à toutes les investigations, et son étroitesse ne peut être reconnue que par les symptômes de rétention qu'amènent les pansements compressifs.

Si les explorations font constater la persistance d'un éperon capable d'apporter encore un obstacle au passage des matières du bout supérieur dans l'inférieur, il est indiqué de faire une seconde application de l'entérotome. Si par hasard elles font reconnaître positivement une étroitesse trop grande du bout inférieur, il faut essayer de dilater ce dernier avec des mèches. Mais j'avoue que je ne saurais appuyer ce précepte sur aucun exemple probant, et qu'en pareil cas l'incurabilité me paraît inévitable.

S'il demeure positif qu'il n'y a plus d'éperon, que le bout inférieur est suffisamment large, si l'on a attendu assez longtemps, de trois à six mois environ, pour n'avoir plus à compter sur le retrait spontané de l'orifice, on doit essayer le traitement qui convient aux anus contre nature sans éperon.

2° Quel est donc le traitement dans les cas d'anus contre nature sans éperon ? J'ai déjà parlé de la compression, et je suppose qu'elle n'a pas donné les résultats qu'on en attendait. Restent les cautérisations et les opérations occlusives, la plupart autoplastiques, dont s'est enrichie notre chirurgie contemporaine.

A. *Cautérisation.* — Je crois savoir que M. le professeur Laugier a eu recours à la cautérisation avec le fer rouge. Mais les faits n'étant pas venus à ma con-

naissance, je ne saurais dire si les résultats ont été satisfaisants, ni si cet habile chirurgien emploie quelques précautions particulières pour cette cautérisation.

B. *Suture simple de la paroi abdominale avec ou sans autoplastie.* — On a quelquefois essayé de réunir par une suture à points séparés ou enchevillés les bords préalablement avivés de l'ouverture accidentelle.

M. Jobert (de Lamballe), a conseillé et exécuté l'avivement par l'ablation de la peau sur une large étendue de la paroi abdominale, puis il a pratiqué l'inflexion des deux surfaces l'une vers l'autre et leur réunion par quatre ou cinq points de suture enchevillée. Il a fait ainsi sur la paroi abdominale la variété d'autoplastie qu'il appelle autoplastie par inflexion.

Blandin et M. Velpeau ont cherché à fermer l'ouverture accidentelle avec un lambeau taillé sur la paroi abdominale, et accolé par des points de suture au contour préalablement avivé de l'orifice accidentel.

Sans doute il n'est pas impossible que ces opérations réussissent, mais les modifications récentes de l'autoplastie appliquée au traitement des anus contre nature me paraissant offrir plus de chances de succès, je crois devoir m'y arrêter davantage.

C. *Autoplastie par inflexion ou à lambeau, après avivement préalable de toute la surface de l'intestin renversé.* — J'ai exécuté, en 1854, une opération nouvelle dont j'ai donné la relation dans la *Revue médico-chirurgicale*, tome XVII, p. 334. Il s'agissait d'un anus contre nature avec renversement irréductible que j'avais traité déjà par l'entérotome. Cet anus contre nature

se trouvait au fond d'une dépression très-prononcée de la paroi abdominale, de telle sorte qu'un effort modéré suffisait pour adosser à elle-même, en la plissant, la paroi abdominale au devant de l'orifice accidentel. Les choses, en un mot, se prêtaient merveilleusement à l'autoplastie par inflexion. J'avivai donc la paroi abdominale dans l'étendue d'un centimètre et demi tout autour de l'anus contre nature, en disséquant et enlevant la peau. Mais avant cet avivement qui constituait le deuxième temps de mon opération, j'avais pris le soin, dans un premier temps, d'enlever avec précaution, en me servant de pinces à griffes et de petits ciseaux courbes, la muqueuse intestinale sur toute la surface de l'intestin renversé. Dans un troisième temps, les surfaces avivées de la paroi abdominale furent infléchies l'une vers l'autre, de telle façon que les parties saignantes représentaient deux plans : un profond, formé par le contact de la paroi abdominale avivée et de l'intestin également avivé ; l'autre superficiel, résultant seulement du contact des deux surfaces saignantes de la paroi abdominale. Cinq points de suture enchevillés traversant seulement le plan superficiel de la plaie maintenaient les parties dans cette position, et je terminai l'opération par deux incisions circonvoisines faites sur la paroi abdominale pour m'opposer à la tension des deux côtés de la suture.

Dans deux autres cas où l'anus contre nature ne se trouvait pas au fond d'une dépression, mais était de niveau avec le reste de la paroi abdominale, j'ai fait encore l'avivement préalable de toute la surface de

l'intestin, et j'ai appliqué sur lui un lambeau emprunté à la peau du ventre, de manière à obtenir entre la face profonde de ce lambeau et l'intestin avivé, des adhérences qui fissent servir ce dernier, renversé et devenu inutile pour la circulation des aliments, à l'occlusion de l'orifice anormal. Mon opération a donc consisté dans ces deux cas, en :

1° Un avivement, de toute la surface de l'intestin renversé, par l'ablation de sa membrane muqueuse avec une pince et des ciseaux fins ;

2° Un avivement de tout le contour cutané de l'orifice anormal, jusqu'à un centimètre environ au delà de ce contour ;

3° Une dissection d'un large lambeau de peau et de tissu cellulaire sous-cutané, au-dessus et en dehors de l'anus contre nature, la base large et adhérente du lambeau se trouvant en haut et en dehors ;

4° Application de ce lambeau, qui avait éprouvé à peine un quart de rotation, sur l'intestin avivé, et adaptation de son contour à la paroi abdominale par sept ou huit points de suture séparés.

J'ai déjà dit que j'avais perdu un de mes malades d'érysipèle. Les deux autres, dont les observations se trouvent dans le mémoire déjà cité et dans la thèse de M. Foucher, ont guéri, et je tiens à ajouter que j'ai eu recours, comme complément du traitement, à l'emploi de l'opium à la dose de 0,10 à 15 centigrammes, pendant les huit premiers jours, et à la compression faite simplement avec une bande jusqu'à l'ablation des fils, et plus tard avec le brayer interposé entre les

deux plans de spica, ainsi que je l'ai indiqué plus haut.

Dois-je attribuer mes deux succès à ce qu'en effet des adhérences se sont établies, comme je l'espérais, entre l'intestin avivé et la paroi abdominale ? Je le pense. Mais les deux opérés, qui ont survécu, vivant encore en ce moment, il ne m'a pas été donné de vérifier par la dissection le degré de justesse de mes prévisions.

D. *Procédé de M. Malgaigne : autoplastie intestinale par inflexion. Double suture : l'une sur intestin, l'autre sur la paroi abdominale.* — Dans cette opération, qui était difficile à comprendre avant le travail de M. Legendre, et que les recherches de cet auteur sur l'épaississement de la couche musculaire de l'intestin ont rendu plus claire, M. Malgaigne a commencé par « aviver » le trajet anormal dans toute son épaisseur jusqu'à » l'intestin exclusivement, en détachant avec soin celui-» ci de ses adhérences extérieures, et prenant garde » cependant que ces adhérences sont quelquefois fort » peu étendues, et qu'en les décollant au delà d'un » demi-centimètre, on risquerait d'ouvrir le péritoine. » Je renverse alors en dedans, sans les aviver, les deux » lèvres de l'intestin, et je les réunis par la suture en » piqué, de manière à les adosser par leur surface ex-» terne. Par-dessus cette première suture, il ne reste » qu'à aviver et à réunir les chairs et les téguments » par la suture entortillée ou la suture enchevillée, en » prenant d'ailleurs toutes les précautions nécessaires » pour éviter le tiraillement des parties, et recourant » au besoin aux divers procédés autoplastiques. » (Malgaigne, *Man. de médecine opératoire*, 7e édition, p. 613.)

Dans les opérations qu'ils ont faites en 1849, MM. Nélaton et Denonvilliers, me paraissent avoir exécuté la première partie de l'opération, savoir la dissection, l'adossement après inflexion et la réunion par la suture en piqué (Gély) de l'intestin, comme M. Malgaigne, puis ils ont terminé par une autoplastie à lambeau, au lieu d'une suture simple. M. Nélaton a emprunté à la paroi abdominale un lambeau qu'il a laissé adhérent par un seul pédicule large. M. Denonvilliers a laissé le lambeau adhérent par ses deux extrémités, faisant ainsi l'autoplastie en pont, qui a pour avantage d'assurer la vitalité du lambeau. Les deux opérations ont été suivies de succès.

Le temps délicat de ces opérations, celui dont on a tout d'abord quelque peine à comprendre l'exécution sans l'ouverture du péritoine, a été bien expliqué par M. Legendre, et étudié sur le vivant par M. Denonvilliers pendant son opération. En effet, ce ne sont pas les adhérences de toute l'épaisseur de l'intestin qu'on dissèque et qu'on détache, ainsi que l'avait pensé d'abord M. Malgaigne. C'est la muqueuse, seule ou avec elle, la couche musculaire circulaire que l'on sépare du reste de l'intestin. On comprend ainsi d'une part, que le renversement ou l'adossement de la partie disséquée se fasse avec assez de facilité; d'autre part, que l'opération puisse se terminer sans ouverture du péritoine.

E. *Ligature circulaire de la muqueuse renversée. — Autoplastie cutanée par glissement, double suture. — Procédé de Reybard.* — Dans une opération dont la thèse de M. Foucher nous donne la relation, Reybard a

commencé par attirer davantage au dehors la muqueuse intestinale qui était renversée. Pour cela il s'est servi de l'érigne à développement employée par M. Chassaignac dans le traitement des hémorrhoïdes. Puis il a étreint avec une ligature circulaire cette muqueuse exubérante, dans l'intention de fermer tout passage aux matières intestinales et de mettre ainsi la suture qu'il allait faire à l'abri de toute souillure. Disséquant alors la peau, tout autour de l'orifice, dans l'étendue de 3 centimètres, il affronta, en les plaçant de champ, les bords disséqués, et les maintint dans cette position par une double suture enchevillée, l'une profonde, l'autre superficielle, au moyen de deux petites attelles percées de deux rangées de trous, dans lesquels étaient engagés les fils.

Il y a dans cette opération deux innovations : la ligature de la muqueuse renversée, avec l'espoir que cette ligature et probablement la portion sphacélée tomberont dans l'intestin, et la double suture maintenant exactement affrontée à elle-même la peau disséquée tout autour de l'anus contre nature, et mise en contact par ses surfaces saignantes. Peut-être la peau ne se prêterait-elle pas, chez tous les sujets, à un glissement aussi étendu que celui qui serait nécessaire pour boucher avec elle, en l'affrontant de champ, un ouverture un peu considérable. Quoi qu'il en soit, le succès n'a pas couronné la tentative de Reybard, et je crois qu'il aurait eu plutôt réussi si, au lieu de lier la muqueuse intestinale, il l'avait enlevée comme je l'ai fait, ou si, comme l'eût préféré M. Foucher, il avait

d'abord disséqué et réuni à la manière de M. Malgaigne, la paroi intestinale.

F. *Appréciation.* — On comprend que les faits de ce genre n'ont pas encore été assez nombreux pour qu'il me soit permis de juger par l'observation la valeur relative des divers procédés. L'innovation de M. Malgaigne et la mienne ont cela de commun qu'elles cherchent à fermer la paroi abdominale après avoir mis l'intestin, surtout lorsqu'il est renversé, dans des conditions qui le fassent servir à la restauration. Nos deux modes opératoires ont réussi. Faut-il, pour les faits à venir, conseiller plutôt la suture intestinale après adossement, que le simple avivement de toute la surface intestinale ? Je ne suis pas en mesure de me prononcer, car si le premier mode offre des conditions meilleures d'occlusion, je ne puis m'empêcher de craindre encore qu'il expose à l'ouverture du péritoine dans la dissection préable de l'intestin. Le second met à l'abri de ce danger, et il me semble qu'il accroît suffisamment les conditions nécessaires à une occlusion solide. Seulement il n'est applicable que dans les cas où l'intestin renversé se présente au dehors.

L'avenir décidera, à moins que les générations nouvelles voient se réaliser l'espoir dont je suis pénétré : savoir qu'un traitement désormais plus sage et plus prompt de l'étranglement herniaire mettra les malades à l'abri de l'anus contre nature et ne fournira plus aux chirurgiens l'occasion d'appliquer à cette triste maladie les perfectionnements de l'autoplastie moderne.

ARTICLE VI.

FISTULES STERCORALES.

Nous appelons de ce nom les orifices étroits qui laissent passer en petite quantité les matières intestinales, liquides et gazeuses, à la suite de l'étranglement herniaire.

La fistule est parfois immédiatement consécutive à l'étranglement. Elle a été produite, soit par une perforation, soit par une petite eschare, ainsi que je l'ai indiqué page 151.

D'autres fois elle est consécutive au traitement de l'anus contre nature. Tantôt, après l'application de l'entérotome, l'orifice se resserre, et un moment arrive où, devenu assez étroit pour ne plus admettre qu'un stylet de trousse, une sonde cannelée, il ne laisse passer qu'une faible quantité de matières intestinales, les garde-robes naturelles étant depuis longtemps rétablies. Tantôt, après une des opérations occlusives dont j'ai parlé, il reste, soit au niveau de l'ouverture primitive qui ne s'est pas fermée, soit au niveau d'un ou de plusieurs des trajets qu'avaient parcourus les fils, un pertuis plus ou moins étroit.

Dans tous ces cas il est possible que la fistule soit unique. On peut, au contraire, en rencontrer plusieurs, deux, trois ou quatre à la fois.

La fistule ou les fistules peuvent exister, et existent habituellement sans anus contre nature; mais chez certains sujets, chez ceux surtout qui ont eu un

ou plusieurs abcès stercoraux autour d'un anus contre nature datant d'un certain temps, on voit coïncider les deux maladies : savoir un orifice assez large pour admettre une grosse sonde ou le petit doigt et par lequel s'échappent abondamment les matières intestinales, et un ou plusieurs orifices plus petits qui en laissent passer beaucoup moins.

Je ne m'appesantirai pas sur les symptômes et les inconvénients de cette maladie, ce sont, avec une grande atténuation et l'existence des garde-robes naturelles, ceux de l'anus contre nature.

Quant au traitement, je n'ai guère à rappeler que ce qui a été dit précédemment :

1° Pour les fistules uniques, l'excitation interne de l'orifice et du trajet fistuleux; soit au moyen d'un petit cautère chauffé à blanc, soit, ce qui suffit habituellement, au moyen d'un crayon d'azotate d'argent, et la compression bien faite sont les moyens les plus efficaces. J'entends par compression bien faite celle qui consiste dans l'application d'un brayer interposé entre deux bandes placées en spica, ainsi que je l'ai dit à la page 297, dans le renouvellement quotidien, ou tous les deux jours, de cet appareil par le chirurgien lui-même, et dans la continuation de cette compression pendant plusieurs semaines, plusieurs mois, si cela est nécessaire. J'ajoute à ces moyens la prescription, pendant toute la durée du traitement, d'un régime alimentaire animal plutôt que végétal, d'une part, afin d'éviter la fluidité trop grande des matières parcourant l'intestin, et d'autre part, afin de n'avoir pas à craindre l'introduction dans

le trajet fistuleux de corps étrangers, tels que des lentilles, des enveloppes de haricot, des pépins, qui pourraient arrêter la cicatrisation ou provoquer de nouveaux abcès.

Si l'on trouvait, au début ou dans le cours du traitement, un trajet fistuleux sous-cutané aboutissant à l'orifice qui conduit vers l'intestin, il serait nécessaire de l'inciser et de mettre chaque jour de la charpie entre les lèvres de la solution de continuité.

2° Lorsque plusieurs fistules existent, il est ordinaire qu'elles aboutissent toutes à un trajet unique, se dirigeant vers l'intestin. Les plus éloignées de ce trajet commun, sont en même temps les aboutissants de trajets sous-cutanés. L'indication est encore de fendre ces derniers, et de les forcer à se cicatriser du fond vers la surface, comme dans le traitement des fistules à l'anus. Après ces opérations préliminaires, on recourt à la cautérisation et à la compression telle que je l'ai indiquée. J'ai traité deux malades qui présentaient, à la suite d'un étranglement herniaire, de ces trajets fistuleux multiples (en arrosoir), laissant passer des matières intestinales. J'ai incisé tous les trajets, j'ai mis ainsi à découvert celui qui conduisait à l'intestin, et le pansement compressif m'a fait obtenir la guérison dans l'espace de quelques semaines.

CHAPITRE III.

HERNIES ÉPIPLOÏQUES.

Les hernies épiploïques pures sont beaucoup moins communes que les hernies intestinales et intestino-épiploïques.

Elles peuvent, d'ailleurs, comme les premières, être réductibles ou irréductibles.

ARTICLE PREMIER.

HERNIES ÉPIPLOÏQUES RÉDUCTIBLES.

Elles n'auront pas à nous occuper longtemps, car les symptômes sont à peu près les mêmes que ceux des hernies intestinales. Ils en diffèrent seulement en ce que la tumeur est comme pâteuse et ne présente pas de gargouillement. Il est rare, d'ailleurs, qu'une hernie de ce genre reste longtemps épiploïque pure; tôt ou tard une anse d'intestin grêle vient se loger derrière elle.

L'indication à remplir est de maintenir habituellement la réduction avec un bandage, en vue tout à la fois d'empêcher l'augmentation de la tumeur, et, s'il est possible, de s'opposer à la sortie ultérieure de l'intestin.

ARTICLE II.

HERNIES ÉPIPLOÏQUES IRRÉDUCTIBLES PAR ADHÉRENCES.

La hernie épiploïque devient habituellement irréductible à la suite d'adhérences avec le sac, adhérences qu'ont amenée une ou plusieurs poussées d'inflamma-

tion. Le plus souvent ces inflammations ont été légères et latentes; d'autres fois les malades ont souffert de temps à autre, mais sans prendre le lit. Rarement nous apprenons que l'épiploïte a été aiguë et s'est accompagnée de symptômes fonctionnels sérieux.

Dans ces cas d'irréductibilité par simples adhérences, on trouve une tumeur mollasse, pâteuse, s'affaissant sous le doigt, sans gargouillement, peu douloureuse ou tout à fait indolente à la pression. On reconnaît que la tumeur est formée par de l'épiploon, parce qu'elle est située dans une des régions où se présentent les hernies, et parce qu'elle offre un pédicule profond. Quelquefois on sent à travers la paroi du ventre la portion intra-abdominale de l'épiploon qui est tendue et donne à la main une certaine résistance. C'est cette portion qui a été désignée par M. Velpeau, sous le nom de *corde épiploïque*.

Lorsque cette corde épiploïque est impossible à sentir, soit parce qu'elle est trop mince et trop souple pour être appréciable, soit parce que la paroi abdominale est trop épaisse, il est très-difficile de déterminer si la tumeur est formée par de l'épiploon ou par une hernie graisseuse. La situation, la consistance, la forme, sont les mêmes. On ne peut être guidé que par les commémoratifs. Si le malade assure avoir eu pendant un certain temps une tumeur qui rentrait et sortait, il s'agit d'une épiplocèle. Si, au contraire, il croit être sûr que la tumeur une fois formée n'est jamais rentrée, et qu'en même temps la corde épiploïque manque, c'est une raison pour croire à une hernie graisseuse. Heu-

reusement, du reste, la précision du diagnostic n'a ici aucune importance pour le traitement.

Dans certains cas, l'épiploon adhérent s'est modifié. Augmenté de volume et induré par places, il donne à la main, à travers les enveloppes, une sensation qui rappelle celle du tissu cartilagineux ou osseux. Il est rare cependant que cette sensation soit perçue sur toute l'étendue de la tumeur. Celle-ci est lobulée ou mamelonnée, et l'on sent çà et là des mamelons très-durs, à côté d'autres qui le sont moins ou qui ont la consistance pâteuse dont nous parlions tout à l'heure.

Ajoutons que, ces modifications ne se rencontrant pas dans les hernies graisseuses, leur existence est dans les cas douteux un nouvel argument en faveur de l'épiplocèle.

Les tumeurs de ce genre sont irréductibles pour toujours. Elles n'exposent par elles-mêmes à aucun danger, mais les malades sont toujours exposés à voir survenir une entéro-épiplocèle ; aussi faut-il conseiller l'application d'un bandage à pelote concave.

ARTICLE III.

HERNIES ÉPIPLOÏQUES IRRÉDUCTIBLES PAR INFLAMMATION RÉCENTE ET DOULOUREUSE, PEUT-ÊTRE PAR ÉTRANGLEMENT.

Un malade porte depuis un certain temps une épiplocèle. Celle-ci était réductible ou était devenue peu à peu irréductible par suite d'épiploïtes larvées et par la formation d'adhérences. Tout à coup la tumeur devient plus volumineuse. Si elle était réductible, elle ne se

réduit plus; elle devient chaude, douloureuse à la pression et pendant les mouvements. En même temps apparaissent quelques coliques, parfois, mais non toujours, des nausées et quelques vomissements, dans un certain nombre de cas même la constipation.

Quand une hernie épiploïque présente cette série de phénomènes, que va devenir la maladie abandonnée à elle-même? Si elle était réductible, les phénomènes vont en augmentant pendant deux ou trois jours, puis ils diminuent, les douleurs locales, les coliques, les nausées disparaissent, et le troisième ou quatrième jour il y a des garde-robes. La tumeur enfin rentre spontanément peu à peu au bout de douze à quinze jours, et les choses en reviennent au point où elles étaient avant les accidents. D'autres fois la douleur et les autres symptômes fonctionnels disparaissent, mais la hernie, après avoir un peu diminué, ne rentre plus et reste désormais irréductible, parce que des adhérences se sont établies entre l'épiploon et le sac dans le cours de la phlegmasie qui vient de se terminer.

Si la hernie était irréductible avant les accidents récents, elle conserve habituellement ce caractère après la diminution progressive de tous les phénomènes locaux et généraux. Dans ce cas, comme dans l'autre, la vie n'est pas menacée, et la guérison est la règle.

Assurément il n'est pas impossible que l'épiploïte, qui est incontestable dans ces cas, se termine par suppuration, par gangrène, que des abcès consécutifs viennent proéminer sous la peau, que même la vie soit compromise par une péritonite concomitante. Mais je

n'ai pas vu de terminaisons de ce genre, je n'en ai pas lu de relation dans nos ouvrages ou nos recueils modernes, et je crois que les auteurs du dernier siècle qui ont parlé de ces abcès et gangrènes de l'épiploon n'ont pas fait attention à la présence, dans le sac herniaire, avec l'épiploon d'une petite anse intestinale gangrenée, et qu'entraînés par des idées théoriques, ils ont attribué à l'épiploon seul des lésions qui avaient pour point de départ l'étranglement grave d'une portion d'intestin.

Je ne nie pas que l'épiploon seul, surtout lorsqu'il est vraiment étranglé, puisse suppurer dans un sac herniaire non ouvert, mais je ne l'ai pas encore vu et je suis autorisé à dire que c'est au moins une chose très-rare.

Il s'agit maintenant de savoir si ces phénomènes, d'apparence plus ou moins grave dans le principe, sont dus à une simple inflammation aiguë ou à un étranglement avec plus ou moins d'inflammation.

L'inflammation aiguë est incontestable et plus évidente par ses phénomènes et ses résultats que dans les cas d'entérocèle. Quant à l'étranglement, je suis très-disposé à l'admettre pour les cas où l'épiploon était réductible avant l'apparition des accidents ; car s'il est devenu irréductible, c'est sans doute parce qu'il a pris un trop grand volume pour pouvoir rentrer par les ouvertures qui le laissaient passer d'abord. Or, cette augmentation de volume dans des espaces trop étroits, c'est l'étranglement.

Mais je l'ai déjà dit, je ne tiens pas absolument à faire admettre qu'il s'agit ici d'un étranglement. Cette expression chirurgicale entraîne une double idée, celle

d'une lésion sérieuse au niveau du contour étranglé et celle d'une thérapeutique active pour obtenir la réduction. Or, dans l'épiplocèle nous n'avons pas à craindre la perforation et l'épanchement stercoral, qui sont les grands dangers de l'entérocèle étranglée, la péritonite par extension est beaucoup moins sérieuse, la possibilité de la suppuration et de la gangrène est plus que douteuse. C'est pourquoi le traitement par la temporisation est sans contredit le meilleur.

Les doctrines et les mots n'ont donc pas ici la même importance que pour l'entérocèle. Qu'il y ait inflammation aiguë avec constriction, la chose n'est pas plus grave que si l'inflammation est sans constriction. Dès lors je ne vois aucun inconvénient à ce qu'on dise de ces épiplocèles qu'elles sont enflammées au lieu de dire qu'elles sont étranglées, et je laisse à chacun le soin de choisir celle des dénominations qui lui conviendra le mieux.

Diagnostic. — En général les symptômes fonctionnels sont moins marqués dans l'épiplocèle que dans l'entérocèle étranglée. Cependant nous savons qu'il ne faut pas trop s'en fier à la modération des symptômes, puisque quelquefois une entérocèle étranglée présente des signes fonctionnels peu intenses.

Si le malade est allé à la garde-robe ou a rendu des gaz, il n'y a plus à penser à une entérocèle. Mais s'il n'y a pas eu de garde-robes depuis quarante-huit ou soixante heures, le diagnostic devient plus difficile.

Généralement, dans l'épiplocèle, la tumeur est pâteuse, sans résistance, et on sent le pédicule de la tumeur

(corde épiploïque) jusque dans le trajet herniaire et dans l'abdomen. Voilà des signes qui ont une certaine valeur. Cependant comme derrière la tumeur qui les présente il peut y avoir, surtout si celle-ci est très-volumineuse, une petite portion d'intestin (anse incomplète) dont la présence est masquée par la masse épiploïque, il est prudent, pour ces cas de tumeur volumineuse, de n'admettre l'épiplocèle pure qu'après avoir donné un purgatif d'exploration (0,30 à 0,40 de calomel avec autant d'aloès ou de jalap). Si c'est une épiplocèle, le malade va à la garde-robe, et la question est jugée.

Traitement. — Il n'y a jamais d'inconvénient, lorsqu'on est appelé pendant les premières heures, à pratiquer le taxis avec chloroforme, dans les cas où la hernie était réductible auparavant. Ce mode de traitement convient surtout lorsqu'on a des doutes sur la présence de l'intestin.

Mais si l'on n'a pas réussi par le taxis, et si le diagnostic a pris à la suite de l'administration d'un purgatif le degré de certitude dont je viens de parler, il est inutile de revenir au taxis, et il serait dangereux de pratiquer le débridement. D'après ce qui a été dit des suites de la maladie, quand elle est abandonnée à elle-même, il est évident que l'exposition de l'épiploon à l'air et l'ouverture du péritoine mettraient le malade dans une position beaucoup plus fâcheuse.

Il faut donc s'en tenir au repos, aux émollients, à l'usage des boissons délayantes, des bains, des purgatifs. Généralement après cinq à dix jours le malade va bien. Dans six de mes observations je n'ai pas suivi d'autre

traitement, et les malades ont parfaitement guéri. Sur quatre d'entre eux la réduction s'est faite progressivement et seule ; sur les deux autres il est resté une épiplocèle adhérente pour laquelle j'ai conseillé une pelote concave.

TITRE DEUXIÈME.

HERNIES EN PARTICULIER.

Nous avons ici à étudier successivement les hernies *inguinales*, *crurales*, *ombilicales*, *épigastriques*, *ischiatriques* et *obturatrices*.

CHAPITRE PREMIER.

HERNIES INGUINALES.

Elles sont très-communes, les plus communes de toutes, d'après les statistiques de M. Malgaigne.

Elles nous offrent des variétés assez nombreuses, qui nous obligent à des subdivisions. Nous les étudierons successivement chez les adolescents et les adultes, chez les enfants, chez les vieillards, chez la femme.

ARTICLE PREMIER.

HERNIES INGUINALES RÉDUCTIBLES CHEZ LES ADULTES.

Je comprends dans cette même subdivision, les hernies des jeunes gens et celles des adultes, parce qu'elles

n'offrent pas à ces deux âges des différences qui nécessitent une description séparée.

§ 1er. — Caractères et variétés anatomiques.

Il faut distinguer ici les variétés communes et les variétés rares, et celles qui sont tout à fait exceptionnelles.

I. *Variétés communes.* — Le caractère le plus général des hernies inguinales communes est de sortir du ventre au niveau d'une dépression légère que présente à sa partie inférieure la face profonde de la paroi abdominale antérieure, dépression qu'on nomme fossette inguinale externe, parce qu'elle se trouve en dehors de l'artère épigastrique. La hernie est dite à cause de cela *inguinale externe.*

Elles ont leur sac formé par le péritoine pariétal qui, refoulé peu à peu à partir de la fossette inguinale, est venu s'engager dans cette ouverture de la paroi abdominale que limite le fascia transversalis, et qu'on appelle orifice supérieur ou interne du canal inguinal. Elles contiennent de l'intestin grêle avec ou sans épiploon ou de l'épiploon seul, comme nous l'avons vu en parlant des généralités. Les différences principales qu'elles présentent sont relatives à la longueur du trajet qu'elles parcourent et à leur volume :

1° Lorsque la hernie inguinale externe est peu volumineuse, et qu'elle reste à la partie supérieure du canal inguinal, tout près de l'orifice du fascia transversalis, c'est la *pointe de hernie* de M. Malgaigne. Cette

variété peut donner lieu à quelques petits accidents, et quelquefois même s'étrangler.

2° La tumeur remplit tout le canal inguinal sans le dépasser, c'est alors la hernie *intra-inguinale* de Boyer, *interstitielle* de Dance, *intra-pariétale* de Goyrand. Le sac et les viscères sont placés en avant et un peu au-dessus du cordon spermatique. Cette hernie interstitielle reste souvent d'un petit volume; elle forme une tumeur légèrement oblique et peu saillante; mais quelquefois elle devient volumineuse parce que le canal s'est considérablement agrandi, la paroi postérieure étant rejetée en arrière, en même temps qne l'antérieure est repoussée en avant.

3° La hernie inguinale externe a franchi l'orifice externe du canal inguinal; mais elle s'est arrêtée à ce niveau sans descendre dans le scrotum. Je l'appelle, dans ce cas, *inguino-pubienne*.

4° La tumeur est descendue dans le scrotum, plus ou moins près du testicule. Elle est alors *inguino-scrotale*. En pareille circonstance elle se compose essentiellement de quatre parties, qui correspondent : la première, étroite, à l'orifice supérieur du trajet inguinal; la seconde, large, à toute la longueur de ce trajet; la troisième étroite à l'orifice externe, la dernière, enfin, la plus large de toutes, au scrotum. Le sac peut présenter alors deux collets: un à l'orifice interne ou profond du canal inguinal, l'autre à l'orifice externe (anneau inguinal externe) et deux cavités : c'est là une des variétés des hernies bilobées ou en bissac.

Mais lorsque la hernie date de plusieurs années, on ne

lui trouve souvent qu'un seul collet, et il occupe l'orifice supérieur. L'orifice inférieur, de structure fibreuse, s'est laissé distendre peu à peu, tandis que le supérieur cellulo-fibreux a résisté en subissant, à un degré plus ou moins prononcé, la transformation fibreuse.

Lorsque la hernie inguino-scrotale est ancienne, il est même fréquent de ne lui trouver que deux portions: l'une rétrécie et formant collet ou pédicule au niveau de la paroi abdominale, l'autre dans le scrotum. Voici alors ce qui s'est passé : par le fait de l'ancienneté de la tumeur, et de son augmentation de volume, les deux orifices du canal inguinal se sont rapprochés. Le supérieur s'est dirigé vers la ligne médiane, l'inférieur s'est porté vers lui en s'élargissant. Les deux ouvertures alors n'en ont plus fait qu'une seule, au niveau de laquelle se trouve le collet.

En outre, quand elle a duré un certain nombre d'années, la hernie inguino-scrotale a changé ses rapports avec le cordon spermatique. Dans le principe, le cordon était au-dessous et en arrière; lorsque la tumeur est devenue ancienne, les éléments du cordon sont dissociés et éparpillés autour d'elle d'une façon irrégulière.

Mais que la hernie soit ancienne ou qu'elle soit récente, sa partie la plus étroite, le collet a toujours les même rapports avec l'artère épigastrique, c'est-à-dire qu'il est en dehors d'elle.

II. *Variétés rares.* — Ici nous avons à faire une mention spéciale des hernies vaginales, et des hernies inguinales internes :

1° *Hernies vaginales.* — Ce sont encore des hernies

inguinales externes. Elles suivent à travers la paroi abdominale le même trajet que les précédentes, mais elles en diffèrent essentiellement par la nature et la composition de leur sac herniaire.

Ce dernier, au lieu de se former sous l'impulsion des viscères qui poussent peu à peu le péritoine, est préparé à l'avance, parce qu'il est constitué par la tunique vaginale qui n'est pas oblitérée. On a appelé longtemps *hernie inguinale congénitale* cette variété de hernie, mais elle existe rarement au moment de la naissance, et ne se développe que plus ou moins longtemps après. C'est pourquoi il vaut mieux lui donner avec A. Cooper le nom de *hernie de la tunique vaginale* et mieux, avec M. Malgaigne, celui de *hernie vaginale*.

La hernie vaginale peut rester intra-pariétale et ne jamais descendre au delà du trajet inguinal, parce que le péritoine s'est oblitéré depuis l'anneau externe jusqu'au testicule, et ne s'est pas oblitéré plus haut. M. Malgaigne appelle cette variété *hernie vaginale funiculaire*. D'autres fois la tunique vaginale ne s'étant pas oblitérée du tout, la hernie descend jusqu'au fond du scrotum : c'est la *hernie vaginale testiculaire* du même auteur.

Ces sortes de hernies présentent ceci de particulier, que souvent elles ont un collet étroit. Dans la première variété (vaginale funiculaire) il n'y a qu'un collet, et il se trouve au niveau de l'orifice supérieur ou interne du canal inguinal. Dans la seconde (vaginale testiculaire), il y en a deux, souvent assez étroits. Cette étroitesse tient probablement à ce que, au niveau des orifices, la ten-

dance à l'oblitération normale s'est réalisée un peu plus que sur les autres points, et a amené un resserrement qui était en quelque sorte le premier degré de l'oblitération.

Les rapports avec le cordon spermatique sont à peu près les mêmes que dans les variétés précédentes. Lorsque la tumeur descend dans le scrotum, les viscères viennent se placer au-devant du testicule qui reste accolé, par suite de ses rapports naturels, à la paroi postérieure du sac vaginal.

2° La hernie inguinale externe peut encore être *insolite par les organes qu'elle contient.* On y a vu quelquefois le cæcum avec une partie du colon ascendant, l'S iliaque du colon, l'estomac, l'ovaire. Un bon nombre de ces faits rares sont relatés dans la thèse de M. le docteur Tenain, thèse reproduite dans les *Annales de la chirurgie française et étrangère,* t. IV, p. 156.

3° *Hernie inguinale interne ou directe* (Hesselbach). — On appelle ainsi la hernie qui se forme en repoussant la fossette moyenne du péritoine, celle qu'on décrit comme située en dedans de l'artère épigastrique, entre elle et le cordon oblitéré de l'artère ombilicale. Le péritoine, refoulé en ce point, rencontre presque immédiatement l'anneau inguinal externe. La hernie est *directe*, par opposition à la hernie ordinaire qui suit un trajet *oblique* au début, et jusqu'à ce que les deux orifices du canal inguinal aient été, par suite de l'ancienneté de la maladie, rapprochés l'un de l'autre. La tumeur arrivée à l'extérieur présente à peu près les mêmes caractères que la hernie

externe, surtout lorsque celle-ci a atteint un certain degré d'ancienneté.

Non-seulement cette hernie est très-rare, mais il faut convenir que, malgré l'attention qu'on lui a prêtée, sa connaissance n'a pas grand intérêt pratique.

III. *Hernies exceptionnelles.* — 1° *Hernie inguinale oblique interne.* — M. Velpeau (*Annales de la chirur. franç. et étr.*, t. 18, p. 257) a décrit une hernie oblique interne, qui était sortie en repoussant la fossette interne du péritoine, celle qui se trouve en dedans de l'artère ombilicale, entre ce vaisseau et le bord du muscle droit. La tumeur, après s'être fait jour à travers une éraillure du fascia transversalis, s'était dirigée obliquement de bas en haut et de dedans en dehors dans l'épaisseur de la paroi abdominale, en restant recouverte par l'aponévrose du grand oblique. M. Goyrand avait cité un fait analogue, et M. Velpeau pense que, dans un autre rapporté par A. Cooper, la hernie, après s'être échappée en dedans de l'artère ombilicale, était venue sortir par l'anneau inguinal externe, au lieu de rester intra-pariétale, comme dans les deux autres cas.

2° *Hernie inguinale enkystée.* — Parmi les variétés exceptionnelles, nous avons encore à en signaler une qui a été décrite par A. Cooper sous le nom de hernie enkystée de la tunique vaginale. Au milieu de quelques obscurités laissées dans sa description, A. Cooper me paraît avoir décrit une variété très-rare de hernie congénitale, dans laquelle le sac herniaire, formé par la portion susinguinale non oblitérée de la tunique vaginale, vient, avec l'intestin qu'il enveloppe, faire saillie dans

la cavité de la séreuse testiculaire, et voici comment ce bizarre état de choses peut se comprendre. Supposez le sac vaginal se continuant depuis le fond des bourses jusqu'à la cavité péritonéale, mais oblitéré dans un point très-circonscrit, au niveau ou au voisinage de l'anneau inguinal externe. Les choses étant ainsi, supposez que l'intestin descende dans la portion intra-inguinale de la séreuse qui lui formera son sac. Poussé incessamment par les efforts, il peut refouler en bas la portion oblitérée du péritoine, et en la renversant en quelque sorte, venir proéminer, toujours enveloppé de son sac, dans la portion testiculaire de la séreuse. Ce résultat se produit surtout s'il existe une hydrocèle qui a préalablement distendu la tunique vaginale.

M. le docteur Bourguet (d'Aix) m'a communiqué et doit publier bientôt un travail, actuellement manuscrit, dans lequel, après avoir cité un exemple, tiré de sa propre pratique, d'opération pour une hernie étranglée, dont le sac était contenu dans une tunique vaginale, elle-même remplie de liquide, il combat l'explication d'A. Cooper, et pense qu'il s'agit en pareil cas d'une hernie non congénitale dans laquelle le sac herniaire, primitivement formé, comme celui des hernies communes, par la propulsion du péritoine pariétal, vient rencontrer la partie la plus élevée de la séreuse testiculaire, et y pénètre par un orifice accidentel, résultant sans doute (mais l'auteur ne s'en est pas bien expliqué) de la rupture de cette séreuse.

Ces variétés exceptionnelles ont de l'intérêt au point de vue anatomique, mais la clinique n'a tiré jusqu'à

présent aucun profit de leur connaissance. On les a reconnues à l'autopsie; mais sur le vivant il est difficile et à peu près inutile de les distinguer des autres hernies inguinales, et pendant les opérations pour des étranglements, il est impossible d'utiliser les connaissances fournies par leur anatomie pathologique.

§ 2. — Étiologie.

Nous n'avons à signaler ici rien de particulier, si ce n'est que nous avons là comme cause anatomique et physiologique spéciale, la présence du trajet inguinal. Dilaté nécessairement au début de la vie pour la descente du testicule, cet espace, chez beaucoup de sujets, ne revient pas sur lui-même aussi complétement que cela doit être dans l'état normal, et reste parcouru par un canal séreux tout prêt à recevoir une hernie.

§ 3. — Symptômes et diagnostic.

Ce sont les symptômes ordinaires des hernies réductibles. Tumeur plus ou moins volumineuse, sortant du ventre, sous l'influence de la toux et des autres efforts, rentrant pendant le décubitus dorsal, par la pression avec la main, etc., etc. Cherchons cependant s'il existe quelque signe, soit physique, soit fonctionnel particulier.

Comme signe physique nous trouvons la situation variable de la tumeur, à la région abdominale inférieure

d'abord, plus tard dans le scrotum. On la trouve à la partie la plus élevée du canal inguinal ou sur le trajet oblique de ce canal, suivant qu'elle est à l'état de pointe ou à l'état de hernie interstitielle. Elle proémine au niveau de l'épine pubienne, lorsqu'elle est arrivée sous la peau en dilatant et franchissant l'anneau inguinal externe, puis plus tard elle descend dans les bourses.

Le volume est en général petit pour les pointes de hernie; il est ordinairement moyen et rarement considérable pour les hernies interstitielles et inguino-pubiennes. Il peut encore rester modéré pour les hernies inguino-scrotales, mais quelquefois dans ce dernier cas le volume devient considérable, analogue à celui d'une grosse poire, des deux poings, d'une tête de fœtus à terme, et plus encore. C'est assurément dans cette région que l'on rencontre le plus souvent les hernies d'un volume excessif.

Les signes fonctionnels présentent quelque chose de spécial dans les cas où la hernie est très-volumineuse. Alors, outre les coliques qui sont plus fréquentes, les malades sont incommodés par le poids de la tumeur, par les tiraillements auxquels elle soumet les viscères abdominaux, par la gêne qu'elle apporte à la marche.

En outre la hernie inguinale présente quelquefois une sensibilité névralgiforme, augmentant par la pression, devenant même assez vive pour rendre impossible l'application d'un bandage. Cette sensibilité est difficile à expliquer; on peut cependant la rapporter ou à la compression, ou au dérangement des nerfs qui parcou-

rent le trajet inguinal, et qui émanent, comme on le sait, les uns du plexus lombaire (rameau génital de la branche abdomino-génitale supérieure, et rameau génital de la branche fémoro-génitale ou génito-crurale); les autres du grand sympathique. Cette sensibilité névralgiforme se constate rarement sur les malades des hôpitaux. Je l'ai observée plutôt dans la pratique particulière, chez des malades de la classe aisée.

Je renvoie, pour le diagnostic, à ce qui a été dit déjà à la page 41. Je ne veux pas m'arrêter au diagnostic des diverses variétés de hernies inguinales communes, parce qu'il est trop facile pour s'en occuper longuement, ni à celui des hernies communes et des hernies rares ou exceptionnelles, parce que, d'une part, ce diagnostic est ordinairement difficile et même impossible, lorsque la hernie n'est plus récente, et parce que, d'autre part, il n'est pas utile de l'établir rigoureusement, et qu'il me faudrait beaucoup de temps pour démontrer ces propositions.

§ 4. — Pronostic.

Ce que nous avons dit du pronostic des hernies en général s'applique à celles-ci. Les plus fâcheuses sont les plus volumineuses, parce que, les anneaux et le canal étant très-élargis, elles sont plus difficiles à contenir. Il est vrai qu'en revanche elles s'étranglent moins souvent, ou que leur étranglement est moins grave. Les hernies vaginales ou congénitales sont plus graves sous ce rapport que les hernies péritonéales ordinaires,

leur étranglement est plus sérieux à cause de l'étroitesse des ouvertures, mais en revanche elles sont plus faciles à contenir, et offrent plus de chances de guérison spontanée.

Quelles sont parmi les hernies inguinales celles qui ont le plus de tendance à guérir spontanément ou par suite de l'application permanente d'un bandage? Ce sont : A. d'abord les hernies vaginales ou congénitales; B. puis les hernies ordinaires d'un volume médiocre, celles surtout qui n'ont pas dépassé l'anneau inguinal externe. Ces hernies guérissent d'autant mieux que le sujet est plus jeune. Quant à celles qui ont franchi l'anneau inguinal externe, il ne faut guère en espérer la guérison.

Il serait difficile de prouver par des chiffres que la hernie inguinale s'étrangle plus fréquemment ou plus rarement que les autres hernies, car on ne sait pas quel est le nombre, par cent ou par mille individus, des sujets atteints de hernies inguinales, crurales ou ombilicales, et par conséquent on ne peut pas comparer le chiffre des cas d'étranglement que l'on connaît à celui des hernies qui ne s'étranglent pas et que l'on ne connaît pas. Ce que je puis établir, au moins, c'est que la hernie inguinale est celle qui offre le plus souvent les étranglements peu serrés, susceptibles de guérir par le taxis et quelquefois spontanément. Ce sont les cas de ce genre qui ont fait l'appoint des théories de l'engouement, du spasme et de la péritonite herniaire.

§ 5. — Traitement.

Il est *palliatif* ou *curatif*.

Traitement palliatif. — Dans le plus grand nombre des cas on se borne au traitement palliatif, celui qui consiste dans l'application et le maintien sur la région malade d'un appareil qu'on croit susceptible de contenir la hernie, c'est-à-dire de l'empêcher de descendre, c'est le *bandage herniaire*.

Le bandage doit presser sur le trajet herniaire à la façon de la main. Pour cela il est composé de deux parties : l'une appliquée sur l'ouverture principale et le trajet que parcourent les viscères, l'autre qui communique à la première une pression suffisante. Ces deux parties sont diversement arrangées, suivant les idées et les habitudes des personnes qui fabriquent les bandages. Je m'occuperai surtout des modifications nécessitées par les variétés de la maladie, et, sans entrer dans des détails de construction qui seraient inutiles pour des médecins, je ferai connaître successivement les bandages employés pour les hernies ordinaires, faciles à contenir, et pour les hernies très-volumineuses, et par cela même difficiles à contenir.

I. — Pour les premières le bandage se compose :

1° De la portion appliquée sur la hernie même. C'est la *pelote*, partie plus ou moins renflée, formant une des extrémités de l'instrument, recouverte à l'extérieur de peau de chamois ou de caoutchouc, ce qui constitue *sa garniture*. La pelote est remplie à l'inté-

rieur d'une substance tout à la fois souple et un peu résistante, telle que la bourre de laine, la bourre de soie ou un mélange de l'une et de l'autre, quelquefois du caoutchouc avec de l'huile de lin. Ces moyens de remplissage entourent de tous côtés une plaque métallique, terminaison élargie du ressort et qu'on appelle l'*écusson*. On a aussi composé la pelote avec du bois, mais cette substance est trop dure et n'a pas été généralement adoptée.

Quelle doit être la forme de la pelote et ses dimensions ? Les unes sont ovalaires ou légèrement arrondies, comme on peut le voir à la page 332 (fig. 3) d'autres triangulaires, comme dans la planche ci-dessous ; quel-

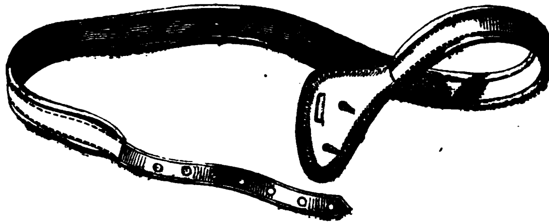


Fig. 1.

quefois le triangle est recourbé vers sa partie inférieure et offre la forme d'un bec de corbin (voyez page 331).

Le choix de la forme dépend de la variété et du volume de la hernie. Lorsque celle-ci est encore dans le trajet inguinal et n'est pas descendue dans le scrotum, la pelote ovalaire est la plus convenable ; son plus grand diamètre doit être oblique et parallèle à la direction du trajet inguinal, sur toute la longueur duquel

elle doit être appliquée, afin que l'orifice supérieur soit comprimé par l'instrument. Lorsque la hernie est devenue scrotale, il faut qu'elle porte sur l'anneau inguinal externe habituellement élargi, et en même temps sur le canal ordinairement raccourci, et devenu direct, quand la tumeur existe depuis un certain temps. Pour ces cas là la pelote triangulaire ou celle dite à bec de corbin représentée ci-dessous, mérite la préférence.

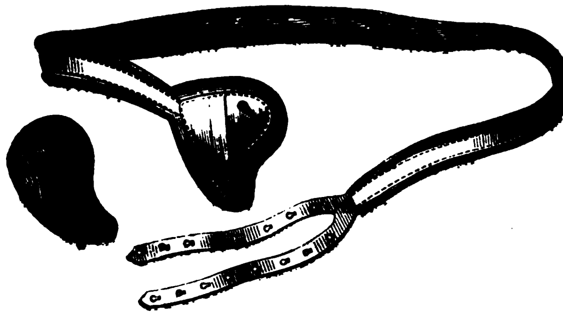


Fig. 2.

2° La seconde partie du bandage est celle qui communique à la pelote la force de pression nécessaire. Cette partie a beaucoup varié dans sa composition, et ces variétés servent aujourd'hui de base à la classification des bandages en bandages à *pression molle*, bandages à *pression élastique* et bandages à *pression rigide*.

Pression molle. — Avant le XVIIe siècle on n'employait pour exercer la pression que des courroies ne renfermant rien de métallique ni d'élastique dans leur épaisseur, et qui le plus souvent n'exerçaient qu'une pression insuffisante. M. Malgaigne a appelé *bandages à pression*

molle ceux qui étaient ainsi constitués. Ces bandages que préconisent encore aujourd'hui certains fabricants, ont pour avantage de ne pas exercer une pression très-forte ni très-douloureuse, ce qui les rend préférables chez les malades trop sensibles pour supporter une grande pression. Mais ils ont l'inconvénient, dans la plupart des cas, de ne pas serrer assez pour maintenir la hernie.

Pression élastique. — Lequin et Blegny ont reconnu que l'indication de comprimer dans la mesure nécessaire sans faire souffrir, serait mieux atteinte avec un ressort métallique élastique, et ils ont imaginé le bandage à *pression élastique*, si fréquemment employé encore à notre époque.

Les bandages élastiques comprennent aujourd'hui deux variétés principales, suivant que la pression a pour agent principal une lame métallique ou un tissu de caoutchouc.

A. *Pression élastique métallique.* — Ici se présentent deux sous-variétés importantes.

a. La lame métallique, terminée par l'écusson de la pelote, est mince, recourbée suivant les faces et suivant les bords (Blegny). Elle est tordue et courbée en même temps, de façon que l'extrémité antérieure est plus basse que l'extrémité postérieure. C'est là le *bandage français*. La pression s'exerce d'avant en arrière et un peu de bas en haut.

Dans le principe, la lame n'embrassait à peu près que la moitié correspondante du corps; plus tard Camper lui fit décrire une courbure plus grande, mais cette modification a été abandonnée.

Dans beaucoup de ces bandages la lame est réunie à la plaque, au niveau du bord supérieur de celle-ci.

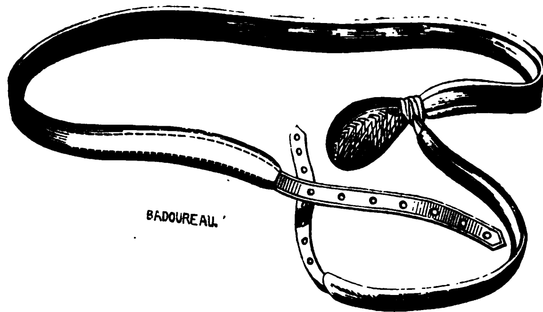


Fig. 3.

M. Malgaigne a bien fait ressortir la déperdition de force qui en résulte, et il a donné très-formellement le conseil d'articuler la lame au niveau de la partie moyenne de la plaque.

Dans le modèle ci-dessous, la lame et la pelote sont réunies par une articulation légèrement mobile, au

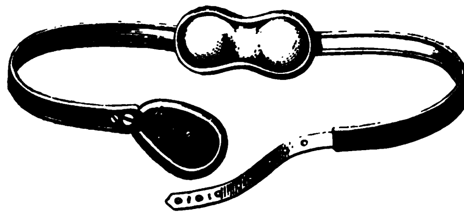


Fig. 4.

moyen de laquelle M. Charrière a voulu associer l'un des avantages du bandage anglais à ceux du bandage français.

b. La lame métallique présente une simple courbure suivant les faces sans spirale, de façon que son extrémité antérieure soit sur le même plan que son extrémité postérieure. L'invention de ce bandage est dû à Salmon. Il fut importé en France par Wickam, et est connu chez nous sous le nom de *bandage anglais* ou de bandage Wickam.

Le ressort du bandage est formé d'acier mieux trempé et plus fort que celui du bandage français : avec lui on

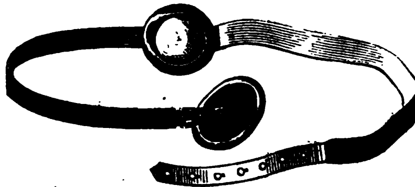


Fig. 5.

peut exercer une pression plus considérable. En outre la pelote est mobile sur la partie antérieure du ressort, de telle sorte que dans les mouvements du corps le ressort peut lui-même se déplacer sans que la pelote remue, et sans que pour cela la pression soit diminuée. Le ressort, dont la branche antérieure est plus longue que la postérieure, est en outre appliqué sur le côté du corps du malade opposé à la hernie, contrairement à ce qui se fait lorsqu'on emploie le bandage français.

Considérés d'une manière générale, les bandages à ressort métallique élastique sont capables de maintenir la hernie, lorsqu'elle n'est ni très-grosse, ni descendue

très-bas, en exerçant une pression suffisante et supportable. Mais lorsque, la hernie étant volumineuse et les anneaux très-larges, les viscères descendent avec une grande facilité, ces instruments ne pourraient les maintenir qu'en exerçant une pression très-forte et douloureuse, que peu de malades sont aptes à supporter. En outre, lorsque le bandage commence à s'user et à perdre un peu de sa force de pression, la hernie s'échappe facilement sous la pelote.

B. *Pression élastique avec le caoutchouc.* — Il y a une variété de bandage élastique dans laquelle l'élasticité est due à un tissu de caoutchouc. Ces bandages consistent en une sorte de ceinture très-haute, complétement circulaire, embrassant, à la manière d'un caleçon, tout

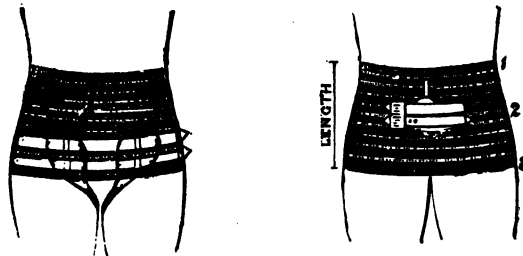


Fig. 6.

le bassin. Elle est formée de tissu de caoutchouc, mélangé à du tissu de chanvre et de soie, et exerce une pression notable sur une grande étendue. Au caleçon se trouve surajouté un conduit en caoutchouc répondant à une pelote de même substance, qu'on a soin de

remplir d'air. Ce bandage, inventé par M. Bourjeaurd est aujourd'hui très-employé en Angleterre.

L'inconvénient de ce bandage, outre son prix un peu élevé, est de n'exercer qu'une pression assez modérée. Aussi n'est-il applicable qu'aux hernies peu volumineuses, et chez les individus qui ne sont pas obligés à de grands efforts. Son avantage essentiel, c'est d'exercer une pression douce et qui, répartie sur une grande surface, n'affaiblit pas la résistance des tissus, tandis que, sous l'influence prolongée de la pression des pelotes ordinaires, les aponévroses s'amincissent, la paroi abdominale, devenue moins résistante, laisse plus facilement sortir les hernies, et les rend à la longue plus difficiles à contenir.

Pression rigide. — Enfin nous trouvons une troisième variété, c'est le bandage à *pression rigide* récemment imaginé par M. Dupré. Voici comment M. Dupré décrit son appareil : « Notre système de bandages rigides, dit l'auteur, peut se réaliser au moyen de constructions variées. Celui que je décris ici consiste en une tige ri-

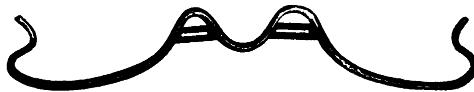


Fig. 7.

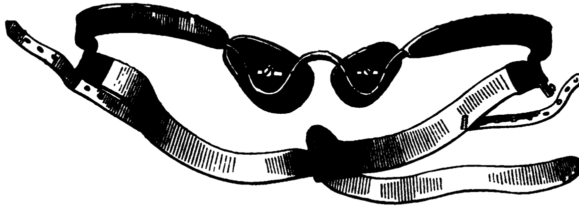
gide, cylindrique ou aplatie, et présentant, par exemple, dans le cas de hernie inguinale double, trois arcades, l'une médiane, à concavité inférieure, et les deux autres latérales, à concavité supérieure. Ses extrémités, au lieu

de conserver l'horizontalité du corps de l'arc, sont recourbées verticalement par en bas. L'arc n'est pas latéral, mais transversal antérieur ; il va d'une hanche à l'autre.

« Aux branches verticales sont fixées les deux moitiés d'une ceinture postérieure qui se boucle à la façon d'une patte de pantalon. On la serre ou la desserre à volonté; ainsi la pression ne dépend pas d'un retrait élastique dont la tension ne peut jamais être rigoureusement déterminée, qui convient aujourd'hui et ne convient plus demain : elle est en rapport avec la nécessité actuelle, le chirurgien et le malade peuvent la modérer à leur gré. Deux pelotes sont assujetties derrière les arcades latérales, à l'aide de lames fenêtrées, rivées aux deux côtés de ces arcades. Une vis passant à travers la fenêtre, s'engage dans un écrou rivé lui-même à l'écusson ou platine, support de la pelote. Cette vis fixe la pelote sur la lame fenêtrée. On peut incliner cette pelote en la faisant pivoter autour de la vis sur son axe antéro-postérieur, et la fixer, par un tour de vis, à tel point de l'étendue de la fenêtre que l'on jugera à propos de le faire. La pelote pourra être ainsi facilement remplacée par une autre que l'on jugera plus convenable.

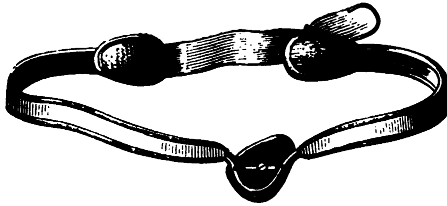
» Deux lanières en cuir, partant de chaque côté du bord inférieur de la demi-ceinture postérieure, seront fixées à un bouton que présente la branche verticale au bas de sa face externe, et permettront de faire basculer les pelotes à volonté. Le contre-appui se fait aux lombes, sur une large surface, et non pas dans un lieu circonscrit comme dans les bandages à ressort. Les ban-

ches sont ménagées, la pression en avant n'a lieu que sur les pelotes, et il n'y a pas de déperdition de force.


Fig. 8.

» Pour la hernie d'un seul côté, c'est le même système, seulement il n'y a en avant qu'une seule arcade métallique au lieu de deux, comme dans la figure ci-dessous.

» Cette variété a pour avantage de ne pas perdre de sa force et de sa résistance à la suite des efforts; en


Fig. 9.

outre, la pelote ne peut changer de place sous l'influence de la détorsion de la lame, comme cela a lieu dans les bandages à pression élastique métallique. »

A laquelle de ces variétés de bandages devons-nous donner la préférence? Lequel de ces instruments main-

tient le mieux la hernie et fait le moins souffrir les malades?

Il y a un certain nombre de hernies inguinales qui peuvent être maintenues par tous les bandages, ce sont surtout les intra-inguinales et les inguino-pubiennes, c'est-à-dire celles qui ne sont pas encore descendues dans le scrotum. Pour celles-là, le choix est indifférent, et doit être subordonné à la sensibilité particulière du sujet et à sa position sociale. On peut toujours commencer par un bandage français convenablement adapté aux formes et aux dimensions du bassin. Si la pression est mal supportée, ou si la hernie ne se trouve pas bien contenue, on essaye le bandage anglais, et s'il ne suffit pas encore, le bandage Bourjeaurd.

On réussit tantôt du premier coup, tantôt seulement après des tâtonnements, à trouver le bandage qui convient le mieux. Mais pour qu'il remplisse convenablement et d'une manière durable le but qu'on se propose, d'autres conditions, qui ont été exposées à la page 49, sont nécessaires. Il faut que le malade sache réduire sa hernie avant de placer la pelote, qu'il ait la précaution de remettre celle-ci en place lorsqu'elle se dérange, qu'il puisse ne pas faire habituellement d'efforts considérables, qu'il puisse, enfin, changer la variété de bandage si cela est nécessaire, qu'il en ait même un ou deux de rechange. Toutes ces conditions ne sont réalisables que pour les malades riches et éclairés. Les gens pauvres ne peuvent pas faire les essais successifs que je viens d'indiquer. Ils prennent toujours le bandage français parce qu'il est le moins dispendieux. La hernie est bien

maintenue tout d'abord lorsqu'elle offre les conditions que je suppose en ce moment. Mais au bout d'un certain temps, le ressort qui n'est pas bien trempé se détend, la pression n'est plus suffisante, elle est d'ailleurs vaincue par les efforts incessants que nécessitent les travaux manuels ; la pelote remonte et n'est pas replacée aussi souvent qu'il le faudrait. Bref, le bandage devrait être renouvelé au bout de quelques mois ; mais l'argent fait défaut, la hernie augmente et finit par devenir scrotale. C'est ainsi que nous voyons les choses se passer chez la plupart des sujets qui viennent dans les hôpitaux.

Les hernies inguinales sont plus difficiles à contenir, chez tous les sujets, lorsqu'elles sont descendues dans le scrotum, parce que les trajets sont élargis, et tous les tissus de la région affaiblis. Le bandage français avec une pelote à bec de corbin et un ressort puissant, le bandage de même espèce avec pelote prolongée sous forme de courroie qui sert de sous-cuisse, peuvent remplir l'indication. Mais on la remplit encore mieux avec le bandage anglais, celui dont le ressort mobile sur la pelote et placé du côté opposé à la hernie, permet à cette pelote de rester immobile dans les mouvements du corps. Malheureusement, ce bandage est, par son prix, peu accessible aux petites bourses ; nos administrations hospitalières ne peuvent pas l'offrir ou ne l'offrent qu'exceptionnellement aux ouvriers auxquels elles donnent gratuitement des bandages. C'est pourquoi nous voyons tant de sujets porter des bandages qui ne maintiennent qu'imparfaitement la hernie, et sous la pelote desquels on trouve presque toujours une partie encore

réductible de la tumeur. Il semble que cette présence de la pelote sur une hernie en partie sortie, devrait être l'occasion de gêne et de souffrance. Mais j'ai observé souvent le contraire; j'ai vu bien des malades tenir à leur bandage, ne pouvoir pas s'en séparer, et se trouver fort mal à l'aise lorsqu'ils ne le mettaient pas. Ce bien-être procuré par un bandage qui ne maintient pas est-il réel, et s'explique-t-il tout simplement par la sortie d'une portion de viscères plus petite que cela aurait lieu s'il n'y avait aucun moyen de contention, ou n'est-il qu'apparent et, en quelque sorte, le résultat de l'habitude? Je ne saurais donner de solution à cette question.

Quand un bandage est appliqué pour la première fois, il faut recommander au malade de l'ôter au bout de quelques heures, et de ne le garder toute la journée qu'après s'y être habitué peu à peu. Si la peau supportait mal la pression, il faudrait conseiller l'interposition d'une couche de coton cardé, recouverte de poudre de riz ou d'amidon. Il serait toujours nécessaire que le malade fût surveillé par le chirurgien pendant les dix ou quinze premiers jours de l'application d'un bandage, tant pour lui faire prendre les précautions dont je viens de parler en dernier lieu, que pour l'habituer à réduire convenablement la hernie, et pour constater si la contention est bien obtenue. Malheureusement, bien peu de sujets peuvent et veulent s'astreindre à cette surveillance. Elle ne serait acceptée que si le chirurgien pouvait fabriquer ou procurer l'instrument. Mais combien ce vœu, émis déjà par de puissantes autorités,

et notamment par M. Malgaigne, est difficile à réaliser !

Nous rencontrons d'ailleurs, de temps à autre, des personnes chez lesquelles la sensibilité névralgiforme de la région inguinale est telle, qu'aucune pression ne peut être supportée. Je vois, depuis plus de vingt ans, un homme riche atteint d'une hernie inguino-pubienne droite, pour laquelle il a essayé, et tient en réserve toutes les variétés de bandages, sans avoir pu en supporter un seul. Il maintient, tant bien que mal, sa hernie avec la main incessamment placée dans la poche de son pantalon. Je connais un ecclésiastique à peine âgé de trente ans, auquel sa position de fortune n'a pas permis de faire un aussi grand nombre d'essais, mais qui néanmoins n'a pu, jusqu'à présent, supporter ni le bandage français, ni le bandage Wickam que je lui avais conseillé de porter. Ces sujets-là sont d'autant plus à plaindre que cette même disposition névralgique qui s'oppose à la contention, rend la hernie, lorsqu'elle est sortie, très-douloureuse.

Lorsqu'un bandage est bien toléré, il vaut mieux, en général, conseiller de l'ôter pendant la nuit. On ne prescrit de le garder que dans les cas où l'on croit devoir tenter, à l'aide d'une compression permanente, la cure radicale.

II. Pour les autres hernies, celles qui sans être encore déclarées incoërcibles, sont cependant tellement volumineuses, passent par des anneaux tellement élargis que les bandages ordinaires précédemment indiqués sont reconnus insuffisants, on peut essayer certains

bandages exceptionnels par la force de leur pression et la manière dont celle-ci est exercée.

Tantôt c'est une tige élastique surajoutée au ressort et qui, partant de ce dernier, vient s'appuyer sur la partie moyenne de la pelote (bandage à levier).

Tantôt la pelote est articulée avec le ressort au moyen d'un engrenage en forme de cric, dont les crans maintiennent la pelote dans la position et avec le degré de pression nécessaire pour que la hernie ait autant de chances que possible d'être maintenue (bandage à cric).

D'autres fois encore, la pelote peut être refoulée et appuyée au moyen d'un mécanisme et d'une clef analogues à ceux dont on se sert pour la plaque des ceintures hypogastriques (bandage à clef).

Dans la plupart de ces bandages, il est bon que la pelote soit à bec de corbin et prolongée par une courroie qui sert de sous-cuisse. Le bandage à clef et à pelote prolongée me paraît être celui qui satisfait le mieux aux indications.

Lorsque la pression suffisante ne peut pas être tolérée, ou lorsque, supportée, elle n'empêche pas les viscères de sortir encore, la hernie est de celles qu'il faut considérer comme incoërcibles et qu'on n'a plus qu'à soutenir avec un suspensoir approprié.

TRAITEMENT CURATIF, OU CURE RADICALE.

A diverses époques, on s'est préoccupé de guérir radicalement les hernies. On a imaginé deux ordres de moyens : les uns, non opératoires, agissent par la com-

pression permanente, les autres consistent à pratiquer certaines opérations.

I. — *Moyen non opératoire, application d'un bandage bien fait.* — Il y a peu de médecins ou de bandagistes qui ne puissent citer des cas de guérison à la suite de l'application d'un bon bandage pendant trois ou quatre ans, plus ou moins. Les conditions pour le succès sont: 1° que la hernie soit interstitielle ou inguino-pubienne, ou, si elle est inguino-scrotale, qu'elle soit peu volumineuse, et que les anneaux et le canal ne soient pas très-dilatés; 2° que le bandage s'adapte bien et ne se déplace pas dans les mouvements; cette condition serait encore mieux remplie si le sujet restait tout à fait au lit; 3° que le chirurgien ou le fabricant en surveille lui-même l'emploi pendant les premiers jours surtout, afin de s'assurer s'il n'y a rien de défectueux et si une réparation quelconque n'est pas nécessaire; 4° que le malade ne fasse que les efforts physiologiques, et encore avec beaucoup de précautions; 5° enfin, que le bandage soit gardé jour et nuit.

On a employé un grand nombre de pelotes médicamenteuses que l'on supposait agir à la façon des astringents, et nous voyons reparaître de temps en temps de ces pelotes, qu'on nous présente comme merveilleuses. Il est évident que les médicaments astringents dont elles sont faites ne peuvent jamais faire resserrer le tissu fibreux et fibro-celluleux des anneaux, et que, dans les cas où elles ont paru réussir, il fallait l'attribuer à la compression permanente bien faite et convenablement surveillée. En effet, ceux qui croient avoir imaginé un

bandage curatif ne manquent pas de se mettre, pour faire valoir leur découverte, dans toutes les conditions que j'indiquais tout à l'heure.

II. — *Moyens opératoires.* — Je laisse de côté la cautérisation pure et simple, et les opérations avec l'instrument tranchant désignés autrefois sous les noms de *point doré* et de *suture royale.* Elles sont justement abandonnées depuis les critiques de J. L. Petit, à cause de leur insuccès dans le plus grand nombre des cas, et surtout à cause du sacrifice du testicule, qu'elles entraînaient le plus souvent.

Je dirai quelques mots des opérations qui ont été tentées à notre époque, quoiqu'elles soient destinées aussi à l'oubli, après avoir trompé les espérances que leurs auteurs en avaient conçues. Ces opérations, au nombre de deux, sont : l'*invagination* et l'*injection iodée.*

1° *Invagination.* — L'invagination, imaginée par Gerdy, se compose de deux manœuvres principales : l'une destinée à refouler avec le doigt, dans le canal ou l'anneau herniaire, une portion des téguments, l'autre destinée à fixer, dans cette position, l'espèce de doigt de gant ou bouchon formé par la peau, de manière à maintenir dans le canal inguinal cette partie des téguments. Pour fixer la peau refoulée, Gerdy se servait de points de suture ; Wutzer et Rothmund ont employé un instrument spécial nommé invaginateur. M. Valette, de Lyon, a modifié l'invaginateur, en le creusant d'une fenêtre dont il se sert pour cautériser, avec le caustique de Vienne, la partie antérieure de la peau refoulée.

Je renvoie, pour les détails de médecine opératoire,

aux ouvrages de MM. Nélaton (*Path. chirurg.*, t. IV, p. 216) et Malgaigne (*Médecine opératoire*). Ces détails me paraissent aujourd'hui superflus, car ce mode de traitement n'est plus employé et ne devra l'être désormais que dans des cas tout à fait exceptionnels.

Que se proposait-on, en effet, en pratiquant l'invagination? On se proposait d'amener des adhérences entre la face interne de la peau refoulée et le tissu cellulaire ambiant, celui qui entoure le cordon spermatique et la face externe du sac herniaire. On espérait avoir, au moyen de ces adhérences, un bouchon cutané assez solide pour fermer le trajet herniaire, et empêcher la descente des viscères dans le sac accolé au bouchon et rétracté à la suite de l'inflammation suppurative provoquée dans le voisinage. L'expérience a démontré que ce résultat n'était pas atteint, ou, s'il l'était, ne persistait que peu de temps. Parmi les sujets opérés, les uns n'ont pas été guéris du tout, les autres ont vu reparaître leur hernie après quelques semaines ou quelques mois ; plusieurs ont eu une péritonite qui a mis leurs jours en danger. Gerdy avoue en avoir perdu quatre sur une centaine d'opérés.

Les quelques cas de succès ont été obtenus sur de jeunes sujets qui avaient des hernies peu volumineuses, faciles à contenir, lesquelles peut-être auraient pu disparaître au moyen de la compression prolongée.

En somme, l'invagination n'offre des chances de succès que chez les sujets qui ont le moins besoin de la cure radicale, et qui pourraient guérir autrement. Il suffit, d'ailleurs, qu'elle expose à la mort dans une

certaine proportion, et qu'elle n'offre que des chances exceptionnelles de guérison, pour qu'il soit plus sage de n'y pas recourir désormais.

2° *Injection iodée.* — L'injection de teinture d'iode dans le sac herniaire, exécutée il y a quelques années, par MM. Jobert (de Lamballe), Maisonneuve et Ricord, avait pour but de provoquer dans le sac une inflammation adhésive, et une oblitération semblable à celle que l'on obtient quelquefois dans le traitement de l'hydrocèle. On espérait que, le sac une fois oblitéré, la hernie ne descendrait plus. Ici encore, l'expérience est venue démontrer que les espérances de la théorie étaient illusoires. D'abord, l'opération présente quelques difficultés; malgré les précautions qui ont été conseillées, la canule peut s'arrêter dans le tissu cellulaire, au lieu de pénétrer dans la cavité du sac, et le liquide irritant être poussé dans le tissu cellulaire. J'ai eu cet accident à regretter en 1855, époque à laquelle on parlait beaucoup de cette opération. Mon malade a eu consécutivement une suppuration diffuse et des escarres; il n'a pas succombé ; les cicatrices qui se sont formées ont empêché la hernie de reprendre le volume qu'elle avait auparavant, et l'ont rendue même plus facilement coërcible; mais l'usage habituel d'un bandage a toujours été nécessaire. D'autre part, lorsque l'injection a été bien faite dans le sac herniaire, l'oblitération n'a pas toujours été obtenue, et la hernie s'est reproduite peu de temps après l'opération ; ou bien, l'oblitération a paru se faire, la hernie n'est plus descendue pendant quelques semaines, puis on l'a vue reparaître, soit parce

que la cavité du sac, temporairement oblitérée, s'est rétablie, soit parce qu'une nouvelle portion du péritoine est descendue sous l'influence des efforts et a constitué un nouveau sac. J'ai suivi avec intérêt deux hommes que j'avais opérés de cette façon à l'hôpital Cochin, en 1855, et, chez tous deux, j'ai vu la hernie se reproduire au bout de quelque temps. On devait s'attendre à un pareil résultat, car du moment où il est positif que la hernie reparaît presque toujours à la suite de l'opération du débridement, alors que le sac placé à l'extérieur a suppuré, comment croire qu'une inflammation non suppurative soit capable d'amener un autre résultat? Je ne prétends pas dire que l'injection iodée ne réussirait jamais; mais, comme l'invagination, elle ne réussirait qu'exceptionnellement, et, exposant comme elle à la péritonite, elle doit également être laissée de côté.

Assurément, je ne veux pas décourager les chirurgiens; mais il est bon qu'on sache que, parmi les moyens opératoires conseillés jusqu'à ce jour pour la cure radicale des hernies, il n'en est pas qui aient offert assez de sécurité et de chances de guérison pour être restés dans la pratique.

ARTICLE II.

ÉTRANGLEMENT DES HERNIES INGUINALES CHEZ LES ADULTES.

Je ne m'arrêterai pas aux hernies devenues irréductibles par suite d'adhérences, ni aux épiplocèles pures

qui deviennent le siége d'accidents qu'il est permis de rapporter à l'inflammation, car je n'aurais qu'à répéter ce que j'ai dit aux pages 59 et suivantes.

Les hernies inguinales s'étranglent assez souvent, et leur étranglement peut se faire dans l'une des trois conditions suivantes :

I. Tantôt c'est une hernie inguino-scrotale volumineuse, grosse comme le poing et même davantage, habituellement réductible, mais contenue par un bandage insuffisant, sortant souvent sous ce bandage, rentrant pendant le décubitus horizontal, sortant facilement quand le sujet est debout. Elle s'échappe un jour avec un volume plus considérable que d'habitude, devient le siége de douleurs, le point de départ de coliques bientôt suivies de nausées, puis de vomissements plus ou moins abondants, puis de constipation et de hoquets. Les faits de ce genre sont assez fréquents dans la pratique, et ce sont eux qui ont servi à établir les doctrines de l'engouement et de l'inflammation, appliquées ensuite sans distinction à toutes les variétés de hernies.

En effet, parmi les hernies dont je parle, il en est un certain nombre qui, abandonnées à elles-mêmes, finiraient sans doute par rentrer ; dont les accidents ne se termineraient ni par la gangrène, ni par une péritonite mortelle, et pour lesquelles, dès lors, la temporisation ne serait pas funeste. Mais n'oublions pas qu'à côté de ces cas heureux qui seraient, si l'on veut, les plus fréquents, s'en trouvent quelques-uns exactement semblables sous le rapport des commémoratifs et des accidents fonctionnels, et dans lesquels cependant l'é-

tranglement suit sa marche la plus grave. N'oublions pas, d'autre part, que les symptômes fonctionnels, pendant les trois ou quatre premiers jours, ne peuvent pas faire prévoir le mode de terminaison, ou, si l'on aime mieux, le degré de constriction.

Les deux observations suivantes en fournissent la preuve.

Le 8 août 1846, je visitai, à l'hôpital de la Pitié, où je suppléais le professeur A. Bérard, le nommé H....., âgé de soixante-huit ans, qui était entré déjà dans le service le 3 du même mois, avec une hernie inguinale droite, douloureuse, qui avait été réduite assez facilement par le taxis. Interrogé sur ses antécédents, cet homme avait répondu qu'il portait un bandage, mais qu'il en avait très-souvent négligé l'application, et que, d'ailleurs, la hernie s'échappait fréquemment sous la pelote. Un spica avait été placé immédiatement après la réduction, et tous les accidents avaient disparu, lorsque le 7 août, dans la matinée, cet appareil ayant été ôté par le malade, je ne sais pour quel motif, la hernie reparut, et avec elle revinrent quelques vomissements et des coliques.

Le 8 au matin, vingt heures après la sortie de la hernie, je trouvai dans le côté droit du scrotum une tumeur plus grosse que le poing, laissant le testicule distinct au-dessous d'elle, et remontant dans l'épaisseur de la paroi abdominale jusqu'à 3 à 4 centimètres au-dessus de l'anneau inguinal externe. Cette tumeur était douloureuse à la pression, particulièrement au niveau de la partie supérieure. En cherchant ses rapports avec

l'anneau inguinal, je fis pénétrer l'extrémité de mon doigt entre ce dernier et la tumeur. Ne trouvant pas l'anneau complétement rempli, et tenant compte de l'intensité plus grande de la douleur au niveau de l'anneau inguinal interne que dans les autres points, j'en conclus que, sans doute, l'étranglement était au niveau de ce dernier, et formé soit par lui, soit par le collet du sac.

Du reste, le malade ayant peu vomi, les liquides rejetés ayant l'apparence bilieuse, les coliques étant modérées, le ventre non ballonné, le facies bon, le pouls sans fréquence, je me décidai à employer le taxis, quoiqu'il eût été déjà fait la veille au soir par les internes. Je le fis d'abord avec modération, puis avec force, et je le continuai pendant une demi-heure (à cette époque nous n'avions pas encore la ressource du chloroforme). Je ne réussis pas, je fis appliquer de la glace sur la tumeur. Je revis le malade le même jour à sept heures du soir; il n'avait vomi qu'une fois et après avoir bu. Le ventre n'était ni douloureux, ni ballonné; la tumeur n'était pas plus douloureuse que le matin, il n'y avait pas eu de garde-robes. Je fis encore le taxis pendant un quart d'heure, je ne réussis pas davantage, mais trouvant les symptômes fonctionnels peu intenses, je remis au lendemain 9, à prendre une autre décision. Ce jour-là il n'y avait pas eu encore de garde-robes, le malade avait eu dans la nuit plusieurs vomissements non fécaloïdes, le pouls était à 110, la face était grippée.

Je procédai de suite à l'opération. Je laisse de côté les détails relatifs à une hémorragie fournie, quelques instants après, par l'artère spermatique qui, déviée de

sa direction et intimement accolée à la partie interne du sac, avait été ouverte pendant le débridement pratiqué de ce côté, et je signale seulement les détails relatifs à l'étranglement. La hernie était entéro-épiploïque, l'anse intestinale était longue, d'un rouge foncé, sans perforation ni escarre; le doigt porté au niveau de l'anneau inguinal interne n'a pu passer entre lui et l'intestin. C'est à grand peine que j'ai pu conduire le bistouri falciforme d'A. Cooper, pour faire un premier, puis un second débridement, après lequel la réduction a été faite. Le malade est mort de péritonite le quatrième jour, et sur les pièces qui ont été présentées à la Société anatomique, par M. Wickam (*Bulletin*, 1846, p. 328), nous avons constaté l'existence de deux collets, l'un inférieur plus large, l'autre supérieur très-étroit, dense, résistant, inextensible, qui correspondait à l'anneau inguinal interne, sur lequel j'avais eu à faire le débridement.

Qu'on suive bien les détails de cette observation : hernie volumineuse sur un vieillard, habituellement mal contenue, permettant le passage du doigt entre elle et l'anneau inguinal externe, voilà les principaux caractères assignés par M. Malgaigne au pseudo-étranglement ou à la péritonite herniaire. Pendant quarante heures peu de vomissements, peu de douleurs abdominales, point de ballonnement du ventre, point de fièvre; en un mot, symptômes fonctionnels peu intenses, voilà d'autres caractères assignés par M. Broca au même accident. Et cependant au bout de quarante-huit heures l'état général devient mauvais, et je trouve pen-

dant l'opération un contour tellement serré que j'ai eu peine à passer le bistouri pour débrider. Je trouvai après la mort un collet du sac étroit et inextensible, qui certainement avait été l'agent d'un étranglement très-serré.

Je n'hésite pas à déclarer aujourd'hui qu'il y a eu des fautes commises dans ce cas. J'aurais dû, le 8, prolonger le taxis un quart d'heure de plus, et, s'il ne réussissait pas, opérer tout de suite, sans perdre vingt-quatre heures comme je l'ai fait au détriment peut-être du malade. C'est ainsi que je me conduirais aujourd'hui, surtout ayant le chloroforme à ma disposition. Mais à cette époque mes idées n'étaient pas aussi bien fixées qu'elles le sont à présent sur ce sujet, et à l'exemple de mes maîtres, exemple que suivent encore trop souvent nos contemporains, j'ai cru devoir attendre l'apparition de phénomènes fonctionnels sérieux avant de pratiquer l'opération qui, à cause de cela, a été faite trop tard et dans de mauvaises conditions.

Tel qu'il est, ce fait montre bien qu'il est dangereux de s'en fier aux commémoratifs et à la bénignité des symptômes fonctionnels pour admettre, soit une inflammation pure, soit un état qui n'est pas encore l'étranglement vrai, et qui pourrait se terminer heureusement sans l'intervention du chirurgien.

Deuxième observation. — Le 17 septembre 1856, le nommé V..., boulanger, âgé de trente-deux ans, est admis à l'hôpital Cochin. Il a depuis quatre ans une hernie inguino-scrotale gauche, mais il n'a porté de bandage que depuis six mois, et il assure que ce ban-

dage n'empêchait pas la hernie de descendre, et l'empêchait seulement de prendre un volume considérable et gênant.

Dans la soirée du 14 septembre, pendant qu'il était à travailler à son pétrin, la hernie est devenue, malgré la pelote, très-grosse et très-douloureuse. Il a ôté son bandage et a essayé de réduire, mais inutilement. Un médecin appelé le lendemain a fait quelques tentatives très modérées de taxis et a prescrit des sangsues. Les coliques n'étant pas très-vives, ni les vomissements très-abondants, il a espéré que la réduction aurait lieu bientôt. Mais le troisième jour, voyant que les vomissements étaient plus fréquents, que le ventre commençait à se ballonner, que les douleurs augmentaient, il engage le malade à se faire porter dans une tapissière, de Limours, où il demeurait, à l'hôpital Cochin.

Appelé à dix heures du soir, soixante-quatorze heures après le début des accidents, je trouve dans le côté gauche du scrotum une tumeur très-volumineuse, douloureuse à la pression, le ventre est ballonné et douloureux, il y a des hoquets. Le malade n'ayant pas vomi depuis son arrivée, je ne puis constater la nature des vomissements. Après quelques tentatives de taxis, peu prolongées à cause de l'ancienneté de l'étranglement, je procède tout de suite à l'opération. J'arrive promptement dans le sac, d'où s'écoule une sérosité sanguinolente, et dans la cavité duquel je trouve une masse considérable d'épiploon et une anse intestinale longue de 20 centimètres, très-noire, mais chaude, non affaissée, non perforée. Je porte le doigt au niveau du pédi-

cule où je trouve un contour extrêmement serré. Je veux essayer la dilatation forcée de ce contour avec le doigt indicateur ; je ne puis l'introduire, je passe avec précaution et très-difficilement, à cause de l'étroitesse de l'orifice, mon bistouri boutonné entre le collet du sac et l'épiploon, et je fais un premier, puis un second débridement. J'attire l'intestin et je constate un sillon, mais sans eschare ni perforation, au niveau de la partie qui a été serrée, et j'en opère la réduction; puis j'excise l'épiploon qui est d'un rouge assez prononcé, sans infiltration purulente ni séreuse dans son épaisseur. J'ai soin de lier, à mesure qu'elles sont divisées, les artères de cet organe et j'en laisse le moignon à l'extérieur.

Je supprime les détails relatifs aux suites, et je les résume en disant que le malade, quoique opéré un peu tardivement, est sorti parfaitement guéri le 31 octobre suivant.

Bien que je n'aie pas été témoin ici des phénomènes de la maladie pendant les deux premiers jours, les commémoratifs m'autorisent à dire qu'ils n'ont pas été très-sérieux. D'ailleurs la hernie était volumineuse, était restée longtemps sans aucune contention, et pendant les six derniers mois n'avait été contenue qu'imparfaitement. On aurait donc pu croire au pseudo-étranglement, et pourtant j'ai trouvé une constriction très-forte, sur l'existence de laquelle il n'y a pas à élever le moindre doute.

D'après ces faits, et bien des chirurgiens pourraient en citer d'analogues, je suis autorisé à répéter que ni

les commémoratifs, ni les signes fonctionnels n'avertissent d'une manière absolue le chirurgien de la gravité du mal dans les grosses hernies inguino-scrotales, qui commencent à offrir les symptômes de l'étranglement herniaire. Du moment où l'avenir offre cette incertitude, il faut donc recourir tout de suite au mode de traitement qui lève toutes les difficultés. Dans ces cas, le taxis bien fait avec chloroforme, réussit presque toujours dans les cinquante ou soixante premières heures. Il peut réussir alors même qu'une terminaison funeste se préparait sourdement, et son succès s'explique par cette double circonstance que les agents de l'étranglement sont larges, et que, la tumeur herniaire étant assez proéminente pour être largement entourée et comprimée par les mains, le taxis se fait dans les meilleures conditions. C'est dans ces circonstances d'ailleurs que les mains peuvent être puissamment aidées par la bande de caoutchouc enroulée autour de la tumeur.

Par cela même que le taxis a sa plus grande puissance dans les cas de ce genre, il peut à la rigueur être employé sans chloroforme, si les circonstances l'exigent. Seulement il ne faudrait pas craindre de le prolonger longtemps.

Enfin, par cela même que les ouvertures sont habituellement larges et l'étranglement peu serré, le taxis peut être entrepris avec sécurité à un moment plus éloigné du début des accidents que pour les autres hernies, c'est-à-dire jusqu'à la fin du troisième jour.

J'ai une grande confiance dans le taxis avec chloroforme pour ces hernies scrotales volumineuses, et je

suis convaincu que s'il était adopté et exécuté à temps par tout le monde, on n'aurait plus que des occasions très-rares de pratiquer pour elles le débridement.

Il va sans dire que, si cependant on n'avait pas réussi après un taxis bien fait, il faudrait opérer séance tenante et toujours perdre le moins de temps possible, ainsi que je l'ai dit à propos des généralités.

II.—Tantôt c'est encore une hernie inguino-scrotale, mais elle est de médiocre volume ; elle a été habituellement bien contenue par un bandage, ou sans être contenue, elle ne sortait qu'à de courts intervalles et se réduisait assez facilement. En pareille circonstance, les symptômes sont quelquefois encore, au début, assez bénins pour induire en erreur ceux qui admettraient l'engouement ou le pseudo-étranglement, mais le plus souvent ils se prononcent assez vite pour ne laisser de doute à personne.

Les seules questions relatives au diagnostic sont les suivantes :

1° L'étranglement se trouve-t-il au niveau de l'orifice externe ou au niveau de l'orifice interne du canal inguinal ?

Il est évident que cette question ne se présente pas pour les cas dans lesquels, la hernie étant ancienne, les deux orifices se sont assez rapprochés l'un de l'autre pour n'en plus former qu'un seul, ou du moins pour offrir sur le vivant cette apparence. Dans les autres cas, c'est-à-dire dans ceux où la tumeur se prolonge obliquement le long de la partie inférieure de la paroi abdominale, on doit présumer que l'étranglement siége

plutôt au niveau de l'anneau interne que de l'externe, parce que les opérations sur le vivant et les autopsies ont montré que les choses se passaient ainsi. Cette opinion n'est plus douteuse, lorsque, cherchant à explorer avec les doigts le point le plus douloureux à la pression, le chirurgien constate que ce point est au niveau de l'orifice en question. Quelquefois, cependant, le rétrécissement du collet du sac se trouve au niveau de l'anneau inguinal externe, et l'on peut encore être averti de la présence de l'étranglement dans ce point par la douleur à la pression. Il ne faut pas se dissimuler d'ailleurs, que, chez beaucoup de sujets, la douleur s'irradiant dans toute l'étendue du trajet inguinal et dans une notable portion de la paroi abdominale, il est impossible de la localiser avec les doigts. En pareil cas, il n'y a pas de détermination rigoureuse possible, on s'en tient à la probabilité de l'étranglement à l'orifice supérieur ; mais si l'on pratique l'opération, on doit le rechercher d'abord à l'orifice inférieur.

2° L'étranglement est-il produit par le collet d'un sac péritonéal accidentel, ou par la tunique vaginale resserrée mais non oblitérée, ou si on le préfère, la hernie étranglée est-elle péritonéale ou vaginale (congénitale)? On est d'abord guidé pour résoudre ce problème par les commémoratifs. Lorsque la tumeur date de l'enfance, il y a lieu de présumer qu'elle est vaginale; lorsque, au contraire, elle ne s'est déclarée qu'après la puberté ou dans l'âge adulte, c'est une probabilité pour qu'elle soit péritonéale et non vaginale. Mais ce n'est qu'une probabilité, car quelquefois la hernie dans la tu-

nique vaginale se prononce tardivement, quoique la disposition anatomique qui favorise son développement date de loin. On recherchera d'autre part les connexions de la tumeur avec le testicule. Lorsqu'elle en reste bien distincte et que le testicule est au-dessous libre et non entouré, elle est péritonéale. Si, au contraire, la hernie vient toucher le testicule et se placer au-devant de lui, il est à présumer qu'elle est vaginale.

Quant au diagnostic entre la hernie inguinale ordinaire et la hernie enkystée de la tunique vaginale, il ne peut être établi que par l'opération ou par l'autopsie. Heureusement il n'y aurait pas une grande utilité pratique à le faire à l'avance.

3° Dans les cas de hernie péritonéale peut-on distinguer si elle est inguinale externe ou inguinale interne ? On n'a pas à douter qu'elle soit inguinale externe, lorsque la tumeur suit positivement un trajet oblique de bas en haut et de dedans en dehors dans l'épaisseur de la paroi abdominale. Mais lorsque le trajet est direct, on a autant de raisons pour croire à une inguinale externe dont les deux ouvertures se sont rapprochées et confondues qu'à une inguinale interne, et je ne connais aucun signe physique qui permette d'établir ce diagnostic. Assurément on pourrait être guidé par l'ancienneté de la hernie ; car si, paraissant directe, elle était en même temps récente, ce serait une raison pour la croire plutôt interne qu'externe. Mais combien il est rare d'observer l'étranglement dans une hernie récente, à moins qu'elle ne soit congénitale et par conséquent inguinale externe ! Il semble qu'on devrait être éclairé

par les rapports du cordon spermatique avec le pédicule et le corps de la hernie, car les notions anatomiques nous apprennent que ce cordon est en arrière de la tumeur dans l'inguinale externe, en dehors dans l'inguinale interne, et qu'on le reconnaît assez facilement à travers la peau, en cherchant surtout le canal déférent que sa consistance permet de distinguer assez bien. Mais, d'une part, le côté externe et le côté postérieur sont assez voisins l'un de l'autre, pour qu'à travers la peau et les couches sous-jacentes plus ou moins doublées de graisse, on ne puisse apprécier rigoureusement si le canal déférent est plutôt vers l'un que vers l'autre ; et, d'autre part, quand la hernie est ancienne (on sait que c'est le cas le plus fréquent lorsqu'il y a étranglement), les éléments du cordon se dissocient et s'éparpillent tellement qu'il n'est plus permis de tirer aucune conclusion de la situation du canal déférent et du paquet plus ou moins variqueux des veines spermatiques.

Les symptômes de l'étranglement, dans les cas que je suppose en ce moment, n'offrent rien de bien particulier. Avec les différences et les variétés individuelles que j'ai signalées plus haut, je dois dire que, par opposition aux grosses hernies inguino-scrotales, les petites offrent en général une marche plus rapide et un ensemble de troubles fonctionnels qui ne permettent pas, même à ceux qui restent partisans de cette doctrine, de s'arrêter longtemps à l'idée d'un faux étranglement. Parmi ces symptômes, il en est un surtout qui manque rarement, c'est la douleur intense au niveau du pédicule et dans tout le ventre. Cette douleur, qui contraste

avec la sensibilité ordinairement faible des hernies crurales, est-elle due à la présence d'un certain nombre de filets nerveux dans le trajet inguinal, ou à quelque autre cause ? Je ne puis me prononcer à cet égard ; je signale le fait, parce qu'il explique la facilité plus grande du diagnostic et la rareté des erreurs, les malades indiquant eux-mêmes le siége de leur souffrance, ce qui n'a pas toujours lieu, comme nous le verrons dans les cas de hernie crurale.

Parmi les hernies inguino-scrotales, il en est une, la vaginale testiculaire, qui s'étrangle quelquefois le jour de sa première apparition, et dans laquelle, à cause sans doute de l'étroitesse de l'ouverture péritonéale, les accidents prennent une marche promptement grave. Le fait suivant en est un exemple. Je le rapporte sommairement, parce que c'est le seul dans lequel j'aie vu une hernie s'étrangler le jour même où elle se montrait pour la première fois.

Hernie inguinale droite (vaginale testiculaire) *étranglée le jour de son apparition. Opération après cinquante et une heures. Étranglement aigu et très-serré. Péritonite. — Mort au bout de vingt-neuf heures.* — Le jeune D..., âgé de vingt-trois ans, assure n'avoir jamais eu de hernie ; au moins depuis qu'il se connaît, il n'a jamais porté de bandage et n'a pas vu paraître dans l'aine de tumeur qui rentrât et sortît alternativement. Sa mère déclare également que lorsqu'il était enfant elle ne lui a point connu de hernie.

Dans la soirée du 21 mai 1857, jour de l'Ascension, il fit, à la suite d'un dîner avec des amis, une prome-

nade accompagnée de sauts multipliés et de courses dans le bois de Boulogne. Après s'être livré pendant environ deux heures à ces exercices, il sentit, sans avoir remarqué le moment où la hernie s'était produite, une douleur dans l'aine droite, et portant la main dans cet endroit, il trouva une tumeur qui descendait jusque dans les bourses, et dont jusque-là il n'avait jamais constaté l'existence. Bientôt il fut pris de coliques violentes, et vomit son dîner en plusieurs fois.

Ramené chez lui à huit heures du soir, il vomit toute la nuit, aussi bien après avoir bu que sans boire, et continua à souffrir violemment du ventre. Dans la matinée du 22 il consulta un de ses amis, très-jeune étudiant en médecine, qui ne vit dans ces accidents que ceux d'une très-forte indigestion et conseilla des moyens insignifiants. Les douleurs et les vomissements continuèrent. Le 23, dans l'après-midi, la famille inquiète fit demander pour la première fois l'avis d'un médecin éclairé, M. le docteur Allibert, qui constata chez le patient un état d'anxiété et de douleur très-grande, avec un ballonnement du ventre et des vomissements brunâtres d'apparence fécaloïde. Il essaya le taxis sans chloroforme pendant dix à quinze minutes, et trouvant une grande résistance, déclara l'opération urgente.

Appelé à huit heures et demie du soir le 23, cinquante et une heures environ après le début des accidents, je constatai la couleur brunâtre des matières vomies, l'absence des garderobes et des gaz stercoraux depuis le début des accidents, le ballonnement du ventre, un hoquet fréquent, des souffrances toujours

vives. Cependant le pouls n'était ni faible ni fréquent, le facies n'était pas altéré. Je trouvai dans l'aine et dans le scrotum, à droite, une tumeur résistante qui descendait jusqu'en avant du testicule. La hernie était donc congénitale, et comme les symptômes fonctionnels avaient pris un accroissement rapide, que les vomissements fécaloïdes, le ballonnement et le hoquet avaient paru avant l'expiration de quarante-huit heures, j'en conclus que sans doute il s'agissait d'un étranglement très-serré siégeant au niveau d'un orifice étroit de la tunique vaginale non oblitérée.

Cependant, comme il ne s'était écoulé que cinquante et une heures, et que le chloroforme n'avait pas été employé pour le taxis, je crus devoir d'abord recourir à ce moyen, avec la prudence exigée par la gravité des circonstances.

Le malade fut bien endormi et j'exerçai pendant plus d'un quart d'heure les pressions méthodiques du taxis, avec deux mains seulement. Trouvant, comme je m'y attendais, une très-grande résistance, je ne continuai pas davantage et je procédai tout de suite à l'opération. Je pris soin de faire mon incision sur le trajet inguinal, de manière à arriver facilement sur l'orifice supérieur, en la prolongeant à trois travers de doigt au-dessus de l'anneau inguinal externe. L'étranglement était bien positivement au niveau de l'orifice supérieur. Il était tellement serré que j'essayai vainement de dilater avec mon doigt, et que j'eus beaucoup de peine à introduire l'extrémité du bistouri boutonné pour débrider en haut et en dehors.

L'anse intestinale était longue de 5 centimètres et d'un rouge foncé, sans perforation ni gangrène. Il y avait une certaine quantité d'épiploon rouge foncé que je laissai dans la plaie après avoir réduit l'intestin. Le testicule se présenta, lorsque cette réduction fut faite, ce qui ne me laissa aucun doute sur le caractère de la hernie: c'était bien une hernie vaginale (congénitale).

Nous ne pûmes obtenir de garderobes que le lendemain à *dix* heures du soir, à la suite de plusieurs lavements purgatifs. Le ventre resta ballonné. Les vomissements continuèrent, et le malade succomba dans la nuit du 24 au 25 vers deux heures du matin.

Pour les indications générales du traitement des hernies inguino-scrotales modérément volumineuses, je n'ai qu'à renvoyer aux généralités (pages 264 et suiv.). Je ferai remarquer seulement que le taxis avec chloroforme peut encore être aidé avantageusement par la bande de caoutchouc; celle-ci peut même être laissée en place pendant quinze à vingt minutes avant l'administration du chloroforme, puis si elle ne suffit pas pour obtenir la réduction, on endort le malade et l'on ajoute à la pression exercée par la bande celle des mains. Quant aux particularités de l'opération, je les indiquerai en terminant.

III. — La hernie est interstitielle ou inguino-pubienne, c'est-à-dire n'est pas du tout descendue dans le scrotum. L'étranglement se fait alors presque toujours au niveau de l'orifice supérieur. On ne le trouve sur un autre point du canal inguinal qu'exceptionnellement,

dans le cas, par exemple, où il est produit par un premier collet descendu au-dessous de la place qu'il occupait primitivement.

Cette hernie peut encore avoir pour sac la tunique vaginale, oblitérée dans sa portion scrotale et non oblitérée dans sa portion funiculaire. Mais la hernie congénitale funiculaire étant beaucoup plus rare que l'inguino-scrotale, on ne devra pas s'attendre à rencontrer fréquemment l'étranglement dont il s'agit. D'ailleurs on ne pourrait pas faire de diagnostic rigoureux, car on ne serait guidé pour reconnaître la nature du sac, ni par les rapports avec le testicule, ni par aucun autre signe physique. Ajoutons, d'ailleurs, que ce diagnostic n'aurait pas d'importance pour le traitement.

La seule question de diagnostic qui puisse se présenter, est de distinguer cette hernie de la crurale. Il n'y aurait aucune difficulté à ce sujet, si les rapports ne changeaient jamais, car la hernie inguinale interstitielle devrait se trouver toujours au-dessus du niveau de l'arcade crurale, ou si on l'aime mieux, au-dessus d'une ligne tirée de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'épine du pubis. Mais lorsque la tumeur est ancienne et un peu grosse, lorsque les tissus sont mous et flasques, comme chez les vieillards ou chez les adultes qui ont beaucoup maigri depuis quelque temps, alors la hernie inguinale peut descendre vers la partie supérieure de la cuisse, et la crurale remonter vers la paroi abdominale. De là la possibilité d'une erreur de diagnostic qui pourrait avoir quelques inconvénients pour le taxis, parce qu'on ne dirigerait pas convenablement les efforts de

pression, mais qui n'en aurait pas beaucoup pour la herniotomie, parce que dans l'un et dans l'autre cas il faudrait faire le débridement multiple.

Parmi les moyens conseillés pour établir ce diagnostic, il en est trois qui, réunis, jugent promptement la question :

1° Lorsque la hernie est inguino-interstitielle, la ligne idéale ou réelle tirée de l'épine iliaque à l'épine du pubis, laisse une portion plus considérable de la tumeur au-dessus d'elle qu'au-dessous. C'est le contraire lorsque la hernie est crurale.

2° En appliquant un doigt sur l'épine du pubis, après avoir relevé, si elles sont un peu affaissées, les parties molles, et en appréciant la situation de la tumeur par rapport à cette épine, on doit admettre que la hernie est inguinale si elle est au-dessus de ce niveau, crurale si elle est au-dessous.

3° Il faut essayer de porter l'indicateur dans l'anneau et le canal inguinal, en y refoulant la peau. Si la hernie est inguinale, on y sentira bientôt la dureté et la tension de la tumeur; si elle est crurale, on n'y sentira rien, même en faisant tousser le malade.

OPÉRATION DE LA HERNIE INGUINALE ÉTRANGLÉE.

I. — Lorsque la hernie est inguino-scrotale et a un trajet assez long dans l'épaisseur de la paroi abdominale pour qu'on ne doute pas de la variété inguinale externe, nous avons deux préceptes particuliers à indiquer. Le premier est de ne pas faire l'incision exclusivement sur le scrotum, mais de la faire moitié sur le scrotum, moitié

sur l'abdomen, car l'étranglement occupant souvent le niveau de l'orifice supérieur, il faut l'avoir mis assez à découvert pour y arriver aisément sans être obligé d'agrandir la première incision. Le second est de faire le débridement en dehors, c'est-à-dire du côté opposé à l'artère épigastrique.

II. — Lorsque la hernie inguino-scrotale n'a pas de trajet dans la paroi abdominale, et se porte assez directement vers la cavité du ventre pour qu'on puisse croire aussi bien à une hernie inguinale interne qu'à une inguinale externe, il est convenable de débrider en haut, parallèlement à la direction de l'artère épigastrique. Si cependant on trouvait plus de facilité à glisser le bistouri en dehors ou en dedans, on pourrait faire le débridement de l'un de ces côtés, en ayant soin seulement de le faire très-petit et de le multiplier, plutôt que de pratiquer une large section qui pourrait aller jusqu'à l'artère épigastrique. Du reste, il faut bien que la crainte de blesser cette artère ait été exagérée, car je n'en connais pas d'observation depuis l'exemple, contestable jusqu'à un certain point, attribué par M. Velpeau (*Médecine opérat.*, t. IV, p. 211) à Bertrandi. J'ai déjà fait remarquer que l'artère restait toujours assez loin du collet du sac, 3 ou 4 millimètres, pour que l'on puisse, sans l'atteindre, faire un petit débridement. D'ailleurs l'artère épigastrique fût-elle ouverte, on pourrait arriver jusqu'à elle et la lier.

Je n'ai eu, pour mon compte, dans l'opération de la hernie étranglée, qu'un seul cas d'hémorrhagie; elle était, comme je l'ai déjà dit, fournie par l'artère sper-

matique déviée de sa direction et intimement accolée à la face externe du sac. J'ai pu facilement m'en rendre maître en comprenant, dans l'anneau d'une ligature portée avec une aiguille, tout à la fois et le sac et l'artère qui lui adhérait.

III. — Lorsque la hernie est interstitielle, il est presque certain que l'étranglement existe au niveau de l'orifice supérieur, et que conséquemment l'incision doit arriver sur ce point. Il est évident aussi que le débridement doit être fait en dehors de préférence à tout autre point, puisqu'il n'y a pas de doute alors sur la situation de l'artère épigastrique du côté opposé.

Je termine ce qui est relatif à la hernie inguinale étranglée, chez les adultes, en montrant une dernière fois par les résultats de ma propre expérience, combien l'étranglement de cette hernie se prête au traitement par le taxis, et combien il serait permis d'espérer de guérisons si tout le monde s'y prenait à temps et recourait au chloroforme. J'ai compris dans cette statistique les femmes, au nombre de six seulement.

J'ai traité 59 malades atteints de hernie inguinale contenant de l'intestin, j'ai obtenu la réduction par le taxis sur 36 d'entre eux ; un seul a succombé, et j'ai raconté ailleurs (page 210) le cas exceptionnel auquel j'avais eu affaire ; les 35 autres ont été vite guéris.

J'en ai opéré 23, presque tous confiés tardivement à mes soins : j'ai eu 11 guérisons et 12 morts. Nul doute pour moi que, dans bon nombre, la moitié au moins, des cas, j'aurais obtenu la réduction par le taxis,

si j'avais été appelé dans les cinquante ou soixante premières heures. Je ne doute pas non plus que parmi les 12 morts, quelques-uns auraient vécu si, le taxis ayant été employé à temps et n'ayant pas réussi, j'avais opéré vingt-quatre ou quarante-huit heures plus tôt. On ne saurait trop se persuader, en un mot, que la plupart de ceux qui succombent à la suite de l'étranglement herniaire sont des victimes de la temporisation.

ARTICLE III.

HERNIES INGUINALES CHEZ LES ENFANTS.

On peut rencontrer la hernie inguinale: 1° chez les nouveau-nés, 2° chez les enfants qui ont passé l'époque de l'allaitement, c'est-à-dire pendant la seconde enfance.

I. La hernie inguinale des nouveau-nés est assez commune. Elle est plus fréquente chez les petits garçons que chez les petites filles. La cause prédisposante habituelle est la non-oblitération de la tunique vaginale. Les efforts que font les enfants pour crier agissent comme cause déterminante.

Est-ce à dire que toutes les hernies des nouveau-nés soient évidemment dans la tunique vaginale? Il y a quelques années tout le monde avait résolu la question affirmativement. Dans ces derniers temps MM. Morel-Lavallée et Giraldès, dans les dissections qu'ils ont faites à l'hôpital des enfants assistés (*Gazette des hôpitaux*, 1858, p. 188), ont été frappés de la fréquence assez

grande des hernies contenues dans un sac séreux différent de celui qui enveloppait le testicule. Il est vrai que, dans la plupart de ces cas, la tumeur était restée au-dessus du scrotum, et pouvait être une vaginale funiculaire telle que nous l'avons indiquée plus haut.

Nous devons remarquer, du reste, que quoique ces hernies des nouveau-nés soient observées de bonne heure, on ne les constate presque jamais au moment de la naissance. Elles ne sont donc pas congéniales, à prendre ce mot dans toute sa rigueur ; seulement les enfants possèdent congénialement la cause prédisposante à la hernie, savoir la non-oblitération de la tunique vaginale, et, pour les cas où ce serait bien un sac péritonéal différent de cette dernière, la persistance d'un certain degré d'élargissement dans le canal inguinal.

Ces hernies des enfants sont toujours inguinales externes ; habituellement elles descendent jusque dans le scrotum, mais elles sont pourtant quelquefois interstitielles.

Leur diagnostic présente quelques difficultés. La première provient souvent de ce que les parents ont vu ou croient avoir vu une tumeur, soit dans l'aîne, soit dans le scrotum, mais au moment où ils présentent l'enfant au chirurgien, celui-ci ne voit pas du tout de tumeur. Il reconnaît le testicule à sa place, demande si par hasard ce serait lui qu'on aurait pris pour une hernie, et reçoit une réponse négative. En pareil cas on doit hésiter entre deux opinions : ou il y a eu illusion des parents, ou il existe une tumeur réductible qui a disparu. On essaye de résoudre le problème en faisant crier l'en-

fant. Si la hernie se présente avec les caractères généraux que nous connaissons, il n'y a plus de doute. Si elle ne se présente pas, il faut attendre avant de se prononcer, car nous n'avons pas ici, comme chez les adultes, les ressources d'exploration fournies par la toux, la station verticale, les efforts dans la station accroupie. On ajourne donc son opinion sur la nature de la maladie et sur le traitement à suivre jusqu'à ce qu'on ait pu voir la tumeur, et il faut insister pour que l'enfant soit ramené lorsque celle-ci sera devenue de nouveau apparente.

La seconde difficulté vient de ce que la paroi abdominale étant mince, quand les enfants crient, les viscères viennent soulever cette paroi, et donnent quelquefois une sensation d'impulsion qui pourrait tromper une main peu exercée.

Une autre encore provient de la présence de la graisse qui existe dans la région, graisse que l'on pourrait prendre aussi pour une tumeur herniaire, mais le chirurgien prudent ne doit pas se prononcer et affirmer l'existence de la hernie et la nécessité de porter un bandage, tant qu'il n'a pas eu sous ses doigts la sensation caractéristique de la réduction d'un intestin.

Enfin il y a une tumeur évidente, mais est-elle formée par une hernie ou par autre chose? La solution est facile quand la hernie est descendue dans le scrotum, mais lorsque la hernie est interstitielle elle peut être confondue avec un testicule arrêté dans sa migration. L'erreur serait facile à éviter si l'on pensait

toujours à explorer le scrotum. Lorsqu'un des testicules manque dans une des bourses, c'est une forte présomption en faveur de l'opinion qu'il ne s'agit pas d'une hernie.

Les tumeurs interstitielles, formées par le testicule, sont généralement un peu plus consistantes que les hernies; elles ne se tendent pas quand l'enfant crie; elles offrent une forme et une consistance tout à fait spéciales; aussitôt qu'on a cessé la pression exercée pour obtenir la réduction elles reviennent à la même place.

Nonobstant ces caractères, l'erreur se commet fréquemment, et elle est préjudiciable parce qu'elle conduit à l'application d'un bandage qui s'oppose à la descente du testicule et peut en occasionner l'atrophie. On l'éviterait, si l'on se donnait la peine de renouveler les explorations plusieurs fois avant de se prononcer; car il est incontestable que la petitesse des parties et les mouvements désordonnés de l'enfant gênent les explorations, et peuvent les rendre infructueuses à une première séance.

On pourrait confondre encore la hernie interstitielle funiculaire avec une hydrocèle enkystée du cordon. On reconnaît que c'est une hydrocèle enkystée intra-inguinale ou funiculaire, pouvant, à cause de la laxité du tissu cellulaire ambiant, monter et descendre un peu, lorsque d'une part on trouve le testicule à sa place, lorsque d'autre part la tumeur bien examinée ne rentre pas tout à fait et s'échappe de suite du canal inguinal où elle a été refoulée, et lorsqu'enfin l'explo-

ration se complète par la constatation de la transparence et de la fluctuation.

Chez un enfant nouveau-né il peut y avoir à la fois une hernie et un testicule arrêté dans sa migration ; nouvelle difficulté.

Voici maintenant une autre source d'embarras : l'enfant a bien un gonflement anormal qui descend dans le scrotum ; est-ce une hydrocèle irréductible ordinaire, ou bien une hydrocèle réductible, dite aussi congéniale ou péritonéo-vaginale, ou bien est-ce une hernie ? C'est une hydrocèle irréductible, si, après avoir exercé avec la main une pression suffisante on ne parvient pas à faire rentrer la tumeur. C'est une hydrocèle réductible si, avec une lumière on a constaté la transparence avant d'avoir essayé la réduction. Nul doute enfin qu'il s'agisse d'une hernie s'il n'y a pas de transparence, et si la tumeur peut rentrer, surtout si elle donne en rentrant la sensation de gargouillement. On a sous les yeux une hernie compliquée d'hydrocèle, lorsqu'on trouve en même temps que la transparence, le gargouillement caractéristique.

Ces hernies des enfants nouveau-nés s'étranglent très-rarement. Je n'en ai vu pour ma part aucun exemple.

Elles ont une grande tendance à la guérison spontanée, parce que les dispositions anatomiques qui ont favorisé leur apparition, savoir la non-oblitération de la tunique vaginale et le retrait insuffisant du canal inguinal doivent disparaître. Cependant il est à craindre que la hernie, en restant habituellement dehors, s'oppose à

ce double travail et que par suite elle devienne une infirmité permanente.

Traitement. — C'est pour ces raisons qu'il est bon d'aider la nature en maintenant habituellement la hernie réduite avec un bandage. On se sert le plus souvent d'un bandage français avec un ressort faible et une pression modérée, bandage fait principalement en caoutchouc ou recouvert d'un taffetas gommé pour éviter sa détérioration par l'urine. On pourrait aussi employer un bandage à pression molle avec une pelote en crin, que l'on maintiendrait au moyen d'un spica fait, soit avec de la toile, soit avec de la lisière de drap et qu'on renouvelerait chaque fois que l'urine l'aurait mouillée. Il est évident que ce dernier moyen est le moins commode et qu'il ne doit être employé que dans deux circonstances : lorsque le bandage français ne peut pas être supporté, ou lorsque les parents ne peuvent pas se le procurer, ce qui arrive dans les campagnes.

En tout cas il est une précaution sur laquelle j'insiste beaucoup, c'est de retirer l'appareil deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures, pour voir si la peau est excoriée ou rouge, et en même temps pour renouveler l'application de la poudre d'amidon qui doit toujours précéder celle du bandage. On choisit pour cela le moment où l'enfant est gai et ne crie pas. Avec ces précautions on évite les lésions de la peau que pourrait accasionner la pression, et on peut sans inconvénient laisser le bandage la nuit, ce qui augmente les chances de cure radicale.

Quelquefois, chez les enfants, en même temps qu'il

existe une hernie, le testicule est arrêté à l'anneau. Dans ces cas on emploie un bandage dont la pelote

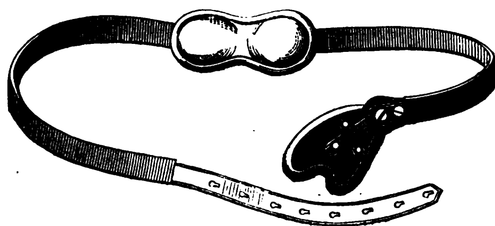


Fig. 10.

est échancrée vers sa partie inférieure, de telle sorte que la glande séminale ne supporte pas de pression.

II. La hernie inguinale de la seconde enfance est plus rare que la précédente, et on ne l'observe guère que chez les enfants qui, ayant eu une hernie après la naissance, n'ont pas été bien soignés ou n'ont pas guéri malgré les soins qui leur ont été donnés. Assurément il n'est pas impossible qu'elle se produise chez un garçon de cinq, six, huit ou dix ans, lorsque la tunique vaginale est restée en communication avec le péritoine, ou lorsque le canal est resté un peu trop large. Mais comme ces dispositions anatomiques se sont en général amoindries avec le temps, et comme d'ailleurs les enfants ne se livrent pas à des efforts considérables, il est rare à cet âge que la hernie s'échappe, lorsqu'elle ne s'était pas montrée durant les premières années de la vie. Il est plus commun de la voir sortir de

dix-huit à vingt-cinq ans, parce que les efforts et surtout les efforts insolites nécessités par les diverses professions, agissent plus puissamment que les efforts presque toujours physiologiques et modérés de la seconde enfance.

Du reste si une hernie se présentait à l'époque de la vie que je suppose, elle continuerait à n'être pas grave, en ce sens qu'elle serait encore peu disposée à l'étranglement, et qu'elle offrirait toujours des chances de guérison radicale sous l'influence de la pression exercée par un bandage porté jour et nuit.

Le bandage français suffit presque toujours ; mais il importe, comme chez les nouveau-nés, d'en surveiller l'emploi pendant les premiers temps et de l'ôter une ou deux fois le jour pour s'assurer de l'état de la peau. On ne doit pas s'en fier à l'enfant lui-même; il faut que les parents ou les maîtres, ou encore le médecin, s'occupent de cette surveillance. J'ai connu un jeune garçon de huit ans, placé dans une modeste pension des environs de Paris, auquel un bandage herniaire avait été conseillé. Le bandage fut choisi et appliqué par le médecin qui avait donné ce conseil; puis on remit l'enfant à sa pension en prévenant les maîtres qu'il était nécessaire de prêter attention à cet incident. Mais élève et maîtres oublièrent vite la recommandation; le bandage resta quinze jours et quinze nuits en place, sans être ôté une seule fois, et lorsqu'au bout de ce temps quelques souffrances et une légère boiterie eurent éveillé l'attention, on trouva une large eschare sous la pelote. Pour comble de malheur un tétanos,

bien exceptionnel en pareil cas, vint compliquer l'accident, et le malade succomba.

Il est donc sage de surveiller les enfants jusqu'à ce qu'ils soient eux-mêmes bien exercés au maniement de leur appareil. Il vaut même mieux conseiller d'enlever le bandage la nuit, pendant les trente premiers jours, et ne le laisser porter d'une manière continue, en enlevant cependant la pelote tous les jours pendant quelques minutes, qu'après s'être assuré de la tolérance de la peau.

ARTICLE IV.

HERNIES INGUINALES CHEZ LES VIEILLARDS.

Ce qui a été dit des hernies dites enflammées, des hernies adhérentes et de l'épiplocèle, s'applique principalement aux vieillards.

Ceux-ci présentent en outre cela de spécial qu'ils ont souvent des hernies volumineuses. Il est vrai que les efforts dus au travail sont moindres que chez les adultes, mais en revanche la toux et la difficulté de la miction donnent souvent lieu à des efforts incessants qui augmentent continuellement le volume de la tumeur.

En général ces hernies ne sont pas très-gênantes, et beaucoup de malades préfèrent ne pas porter de bandage. Elles contiennent toujours une notable portion d'épiploon.

Elles sont susceptibles d'étranglement, mais à cause de la largeur des ouvertures, l'étranglement est peu

serré et disparaît facilement au bout de quelques heures ou de quelques jours sous l'influence d'une pression modérée exercée par le malade lui-même.

Quelquefois cependant l'étranglement est tellement serré que la hernie ne rentre pas et que les symptômes deviennent menaçants. C'est pourquoi l'indication est toujours d'essayer le taxis même avec chloroforme en suivant les précautions indiquées par l'âge. Rarement la hernie résistera à ces manœuvres bien faites, mais si elle résistait, nul doute encore qu'il fallût recourir au débridement.

ARTICLE V.

HERNIES INGUINALES CHEZ LES FEMMES.

M. Malgaigne a parfaitement établi que la hernie inguinale chez la femme était moins rare qu'on ne l'avait pensé jusqu'à lui. A juger la question par les cas d'étranglement, on avait pu croire, en effet, cette hernie fort peu commune, parce qu'elle s'étrangle plus rarement que la crurale. Mais en examinant les sujets atteints de hernies non étranglées, on constate, en effet, que la hernie inguinale n'est pas très-rare chez la femme. Pendant le jeune âge, en effet, il existe assez souvent une prédisposition anatomique, c'est la persistance de la perméabilité du canal de Nück.

Un point particulier de la hernie inguinale chez la femme, c'est qu'elle est presque toujours interstitielle ou inguino-pubienne, et descend rarement dans la

grande lèvre. C'est donc plus particulièrement à la femme que s'appliquent les difficultés de diagnostic avec la hernie crurale, dont il a été parlé plus haut. Aux signes qui ont été donnés, ajoutons que dans la hernie inguinale interstitielle le pédicule est plus facile à circonscrire en haut et en dehors, que dans la hernie crurale où le pédicule s'enfonce trop profondément en arrière sous l'arcade fémorale, pour être aisément appréciable. M. Nivet avait proposé de juger la question d'après la situation de la tumeur par rapport à la ligne résistante formée par l'arcade fémorale. Mais M. Malgaigne a fait observer avec raison que le plus souvent l'arcade a trop perdu de sa résistance et de sa solidité, pour pouvoir être sentie à travers la peau ; il recommande d'appliquer pendant que la hernie est réduite, le doigt sur l'artère fémorale, puis de faire tousser la malade ; si la hernie se reproduit sans que le doigt soit déplacé et cesse de sentir les pulsations, c'est parce qu'elle est inguinale ; si, au contraire, elle refoule le doigt de manière à l'empêcher de percevoir les battements, c'est parce qu'elle est crurale. Ce moyen n'étant guère applicable aux hernies étranglées, c'est pour ce motif que nous n'en avions pas parlé plus haut (page 365).

Quant à ce qui est de l'étranglement, je n'ai rien à indiquer de spécial qui n'ait été dit, soit à l'occasion des généralités, soit à propos de la hernie inguinale chez l'homme.

CHAPITRE II.

DES HERNIES CRURALES.

La hernie *crurale* est celle qui sortant au-dessous de l'arcade fémorale vient proéminer à la partie antérieure et supérieure de la cuisse.

Elle est très-commune, et se rencontre plus souvent chez la femme que chez l'homme.

Elle a pour caractères généraux, lorsqu'on la compare à la hernie inguinale de devenir habituellement moins volumineuse, d'être moins douloureuse et moins gênante, lorsqu'elle est réductible, de s'étrangler plus facilement et de donner lieu à des étranglements plus serrés, plus réfractaires au taxis et plus promptement graves, si on les abandonne à eux-mêmes.

Étudions successivement la hernie crurale réductible et la hernie crurale irréductible par étranglement. Je renvoie pour les autres variétés de hernie irréductible aux généralités, parce que je n'aurais ici rien de spécial à signaler.

ARTICLE PREMIER.

HERNIES CRURALES RÉDUCTIBLES.

J'examinerai d'abord les variétés et les caractères anatomiques, et pour cela j'établis tout de suite la distinction entre des variétés communes et des variétés insolites.

§ 1er. — Variétés anatomiques communes.

La hernie crurale commune sort de l'abdomen par l'anneau crural, c'est-à-dire au niveau de la dépression que présente à l'état physiologique, le péritoine placé au-dessous de la fossette inguinale interne, péritoine doublé en ce point par la portion celluleuse que M. J. Cloquet a nommé *septum crurale* et A. Cooper, *fascia propria*. Cet anneau ou ce trou est limité : en avant, par l'arcade fémorale; en arrière, par l'aponévrose du muscle pectiné, dépendance de feuillet profond du *fascia lata ;* en dehors, par la veine fémorale ; en dedans, par ce prolongement fibreux de l'arcade fémorale et du pilier externe de l'anneau inguinal que nous connaissons sous le nom de ligament de Gimbernat et qui vient s'insérer à la crête du pubis ou crête pectinéale, en se confondant avec l'aponévrose du pectiné et formant ainsi l'épaississement fibreux considérable, que sir A. Cooper a eu le tort de décrire à part sous le nom de ligament pubien.

Il est à remarquer que l'anneau crural n'est pas à l'état normal une ouverture réelle, puisqu'il est rempli et obstrué par le septum crural, par un ganglion et par des vaisseaux lymphatiques; mais c'est une ouverture possible ou facile à faire en repoussant avec le doigt les parties molles dépressibles et extensibles qui se trouvent à son niveau.

Ce que nous faisons avec le doigt sur le cadavre, les viscères le font eux-mêmes pendant la vie sous l'in-

fluence des efforts ; ils refoulent le péritoine et le *fascia propria*, en dedans de l'artère épigastrique, laquelle, par conséquent correspond au côté externe du collet de la hernie.

Après avoir franchi l'anneau crural, les viscères se trouvent dans un espace interaponévrotique décrit par Scarpa sous le nom de canal crural, et qui est circonscrit : 1° par le feuillet superficiel du *fascia lata*, celui qui, abandonnant les vaisseaux fémoraux au côté externe du psoas, vient passer au devant d'eux et s'attacher à l'arcade fémorale, jusqu'au voisinage de celles des fibres de cette dernière qui, comme l'a démontré M. Manec, viennent constituer le ligament de Gimbernat ; 2° en arrière par le feuillet profond du *fascia lata*, celui qui, après avoir recouvert le muscle pectiné en passant derrière les vaisseaux fémoraux, vient s'attacher à la crête du pubis, où il se confond avec le ligament de Gimbernat. Cet espace interaponévrotique est rempli par l'artère et la veine fémorales, en dedans de celle-ci par cinq ou six gros troncs lymphatiques qu'on ne voit bien qu'après les avoir injectés au mercure, et enfin par un tissu conjonctif lâche et abondant, habituellement pourvu de graisse, qui engaîne tous ces vaisseaux et remplit, sans laisser de vide, tout l'espace qu'ils n'occupent pas.

Il est à noter que la paroi antérieure de l'espace interaponévrotique dont je viens de parler est bien moins étendu en hauteur du côté interne que du côté externe. Dans le premier sens, en effet, au niveau et au-dessus de l'embouchure de la saphène interne

dans la veine crurale, le tissu fibreux de cette paroi antérieure cesse d'exister et semble présenter une vaste échancrure nommée *fémorale* (fosse ovale), au niveau de laquelle on ne trouve plus qu'une toile celluleuse adhérente en dehors avec le contour fibreux de l'échancrure, en avant avec le *fascia superficialis*, en arrière avec le tissu cellulaire qui engaîne les gros troncs sanguins et lymphatiques.

On comprend mieux toutes ces dispositions si l'on veut bien se rappeler qu'elles sont appropriées au trajet des vaisseaux. D'une part il fallait que l'artère et la veine crurale, après avoir été sous-aponévrotiques et profondes dans la plus grande partie de la cuisse, devinssent plus superficielles pour pénétrer dans le bassin; voilà pourquoi elles traversent le *fascia lata*, se placent devant lui, mais en même temps celui-ci se dédouble comme pour les abriter encore un peu en avant. D'autre part, il fallait que les troncs lymphatiques, après avoir longtemps rampé dans le *fascia superficialis*, devinssent plus profonds pour aboutir dans le bassin. C'est pour cela que, conjointement avec la veine saphène interne et quelques autres ramuscules sanguins sans nom, ils traversent le tissu cellulaire qui remplit la fosse ovale, ou même plus haut et plus en dedans, celui qui remplit l'espace interaponévrotique.

Les auteurs modernes, depuis Thomson, ont nommé *fascia crebriformis* la portion celluleuse ainsi traversée par des vaisseaux lymphatiques et sanguins. Mais il faut qu'on le remarque bien, d'une part, cette lame n'a pas de limites bien tranchées, puisque le tissu conjonctif qui

la forme, se continue sans interruption avec le tissu cellulaire sous-cutané, et avec le tissu cellulaire profond qui sert de gaîne aux vaisseaux fémoraux. D'autre part le tissu qui limite le contour des ouvertures vasculaires de ce *fascia crebriformis* à l'état normal n'est pas fibreux, il est celluleux, c'est-à-dire souple et extensible; en quelques points peut-être il est fibro-cellulaire, mais là encore il présente plutôt l'extensibilité du tissu conjonctif que l'inextensibilité et la résistance du tissu fibreux.

Je continue d'appeler, avec A. Cooper, gaîne des vaisseaux fémoraux le tissu conjonctif qui enveloppe dans l'espace interaponévrotique signalé plus haut (canal crural de nos prédécesseurs), l'artère et la veine fémorale, ainsi que les troncs lymphatiques. Mais le moment est venu de dire que cette gaîne a été décrite aussi sous le nom d'infundibulum fémorali-vasculaire. M. le docteur Demeaux, dans sa thèse sur la hernie crurale (Paris, juillet 1843), développant à ce sujet les travaux de Thomson, a dit que les vaisseaux fémoraux étaient entourés d'une gaîne cellulo-fibreuse, ayant la forme d'un entonnoir, et que cet entonnoir était pourvu d'une grande ouverture à son sommet pour l'artère et la veine fémorales, et de plusieurs petites ouvertures à sa partie interne pour les troncs lymphatiques. Il y a là une première erreur, c'est que l'entonnoir ou cavité vide n'existe pas à l'état normal, on trouve seulement un tissu lâche qui peut se laisser déprimer de manière à en permettre la formation artificielle assez facilement. Il y a de plus dans cette indication de tissu cellulo-

fibreux quelque chose de vague, attendu que les caractères du tissu fibreux y sont beaucoup moins prononcés que ceux du tissu cellulaire. Il eût été bon d'ajouter d'ailleurs que les ouvertures internes de l'infundibulum sont les mêmes que celles qui sont indiquées par MM. Velpeau et Malgaigne comme appartenant au fascia crébriforme (1).

(1) C'est chose assez difficile que d'établir des limites, bien compréhensibles pour les commençants, entre le feuillet superficiel de l'aponévrose *fascia lata*, le *fascia crebriformis* et l'infundibulum de Thomson et Demeaux. Pour quelques anatomistes et notamment pour M. Richet (*Anat. chir.*, 2e édit., p. 973), le *fascia crebriformis* est la continuation en dedans, au niveau de la veine saphène et jusqu'au ligament de Gimbernat, du feuillet superficiel du *fascia lata*, et c'en est tellement la continuation que pour lui c'est la même aponévrose, *fascia crebriformis* ou *partie interne* du *fascia lata*. Pour d'autres et notamment pour Thomson, qui le premier a prononcé le nom de lame criblée ou *fascia crebriformis*, ce dernier est une membrane distincte qui bouche la fosse ovale limitée par la grande échancrure ou ouverture que présente au devant de la veine fémorale le feuillet superficiel du fascia lata. En tout cas, Thomson, de même que M. Richet, admet sur le *fascia crebriformis* l'existence des ouvertures destinées au passage des vaisseaux lymphatiques, de ces ouvertures qui aujourd'hui pour tout le monde jouent le rôle principal dans l'étude de la hernie crurale. Mais voici maintenant que M. Demeaux fait descendre en avant et en bas son entonnoir jusqu'au point où l'on plaçait le *fascia crebriformis*, et surtout place sur la paroi de cet entonnoir les ouvertures destinées aux lymphatiques, que jusque-là on avait dit exister dans l'épaisseur de *fascia crebriformis*. Que les élèves ne se préoccupent pas trop de ces difficultés. Les divergences sont plus apparentes que réelles ; ils trouveront dans leurs dissections deux choses incontestables, la première est un fascia mince, celluleux, extensible, non fibreux, placé au devant et en dedans de la veine fémorale. Ce fascia est percé de

Continuons à étudier la marche et le mode de formation de la hernie crurale. Nous avons laissé les viscères au niveau de l'anneau crural. Tant qu'ils restent là, la hernie est petite et profonde, c'est la *pointe de hernie;* mais il n'en est pas longtemps ainsi. Pressés incessamment par les efforts, et rencontrant au côté interne de la veine fémorale très-peu de résistance de la part de la gaîne celluleuse, ils refoulent cette dernière et creusent

trous vasculaires, et il se continue : 1° en avant avec le *fascia superficialis* en lui adhérant ; 2° en arrière avec le tissu cellulaire de l'espace interaponévrotique qu'on avait nommé canal crural, tissu cellulaire qui forme l'infundibulum de Thomson et Demeaux ; et 3° à sa périphérie avec la portion fibreuse du feuillet superficiel du *fascia lata.* En raison de cette dernière continuité, j'admettrais volontiers avec M. Richet, que le fascia crébriforme est une dépendance et une suite de ce dernier. Mais comme il y a entre les deux feuillets une différence fondamentale de structure, et que cette différence est capitale dans l'histoire de la hernie crurale, j'aime mieux n'appeler *fascia lata* que la portion franchement fibreuse, et appeler *fascia crebriformis* la lame celluleuse et extensible placée au niveau de la fosse ovale et prolongée jusqu'au ligament de Gimbernat. Mais je me hâte d'ajouter que, par sa face profonde, ce fascia se confond intimement avec le tissu cellulaire de l'entonnoir ou gaîne des vaisseaux, et que les petites ouvertures qui existent sur le *fascia crebriformis* se continuent sous forme de canaux dans ce même tissu cellulaire. Vienne une hernie crurale, elle crée l'entonnoir, jusque-là virtuel ; en refoulant en tous sens le tissu cellulaire, elle donne des limites plus étendues au fascia crebriformis et change en de simples orifices les canaux celluleux que parcouraient les troncs lymphatiques. On ne s'étonnera donc pas si, dans la suite, je me sers habituellement du mot ouvertures du *fascia crebriformis*, et l'on se rappellera que, dans ma pensée, ces ouvertures appartiennent aussi bien à la gaîne des vaisseaux fémoraux qu'au fascia placé en dehors d'elles.

ainsi l'entonnoir indiqué par M. Demeaux. Mais la résistance étant moindre au niveau des ouvertures que traversent les lymphatiques, ils élargissent une ou plusieurs de ces ouvertures, les franchissent et arrivent ainsi au niveau de la fosse ovale dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Les variétés les plus importantes sont celles qui concernent la situation du pédicule. Il est plus en bas, plus en dehors et plus en avant lorsque les viscères ont traversé une des ouvertures les plus inférieures du fascia crébriforme; il est plus en haut et plus en dedans lorsqu'ils ont traversé un des orifices les plus élevés. Soit parce que ces derniers sont ordinairement un peu plus larges, soit pour toute autre raison, c'est dans ce dernier sens, en haut et en dedans, que le *fascia crebriformis* est le plus souvent traversé et que se trouve habituellement le pédicule. En outre, comme la partie la plus interne et la plus élevée du *fascia crebriformis* est en définitive très-près de l'anneau crural, il ne faut pas s'étonner si la variété la plus commune est celle dans laquelle le pédicule est limité ou semble limité en avant par l'arcade crurale, et en dedans par le ligament de Gimbernat, ce qui explique comment nos prédécesseurs ont pu considérer l'ouverture herniaire comme formée par l'anneau crural lui-même, tel que l'anatomie l'admet. Voici cependant où est la différence : l'anneau crural de l'anatomie normale n'a pas d'autres limites en dehors que la veine fémorale, en arrière que le pectiné et la branche horizontale du pubis. Au contraire, l'anneau de la hernie crurale est parfaitement circulaire, limité en dedans par une petite portion fibreuse qui se con-

fond avec le ligament de Gimbernat et par ce ligament lui-même, lorsque le contour de l'ouverture du fascia crébriforme a été refoulé jusqu'à lui; en avant il est limité de la même manière par l'arcade crurale, et en dehors et en arrière par un contour non interrompu, qui empêche le contact immédiat du collet du sac avec la veine fémorale et l'aponévrose du pectiné. Ce contour est celui de l'ouverture vasculaire du fascia crébriforme dilatée par la présence des viscères.

Un autre point étroitement lié au précédent est relatif à la structure de ce contour. Quand nous disséquons la région inguino-crurale sur un sujet non atteint de hernie, et qu'après avoir enlevé au devant des vaisseaux fémoraux le feuillet superficiel du *fascia lata*, nous examinons le tissu cellulaire de la gaîne et du fascia crébriforme, si surtout, comme je l'ai fait souvent, nous nous livrons à cette étude après avoir injecté préalablement au mercure les lymphatiques du membre inférieur, nous sommes frappés de l'apparence celluleuse, de la souplesse et de l'extensibilité des ouvertures du fascia crébriforme. Ceci nous fait comprendre qu'au moment de la formation de la hernie, ce tissu soit aisément refoulé jusqu'au niveau du ligament de Gimbernat.

Si, au contraire, nous disséquons la même région, et je l'ai fait plusieurs fois, sur un sujet atteint de hernie crurale, nous sommes frappés de trouver l'anneau qui circonscrit le pédicule de la hernie tout à fait fibreux, c'est-à-dire blanc, résistant, inextensible ou très-peu extensible. Cet état fibreux est quelquefois simplement

linéaire. D'autres fois il s'étend à 2, 3 ou 4 millimètres au delà desquels le tissu redevient celluleux, comme dans les cas où il n'y a pas de hernie. Et si, au lieu de disséquer un sujet atteint de hernie crurale réductible, nous en disséquons un qui ait été atteint, peu de temps auparavant, d'une hernie crurale étranglée, ou si seulement nous cherchons à apprécier pendant le cours ou à la fin d'une opération de débridement, l'état du contour de l'anneau herniaire, nous sommes frappés de sa résistance, de son inextensibilité, qualités que ne saurait présenter le tissu conjonctif normal de la gaîne des vaisseaux, et qui nous font songer immédiatement à l'existence du tissu fibreux.

A quoi tient donc cette différence si tranchée et si importante pour la marche de l'étranglement, entre les ouvertures du fascia crébriforme normal et ces mêmes ouvertures lorsqu'elles ont été traversées par une hernie? A une modification dont j'ai déjà parlé plus haut (pag. 8 et 101), savoir, la transformation du tissu conjonctif en tissu fibreux, ou si l'on veut la substitution d'un contour inextensible et rigide à un contour souple et extensible. C'est là un fait aussi simple que vrai, mais on a oublié de le dire jusqu'à présent, et quoique j'aie signalé le phénomène général de cette transformation et l'application particulière que je viens de développer, dans mes leçons d'anatomie et de chirurgie depuis l'année 1852, j'ai le regret de voir que cette notion n'est pas encore vulgarisée, et qu'à cause de cela, l'anatomie et l'étranglement de la hernie crurale sont restés enveloppés d'un nuage qui devrait à tout jamais disparaître.

De tout ce qui précède il résulte que le trajet de la hernie crurale ordinaire n'est pas aussi indiqué et aussi préparé à l'avance que celui de la hernie inguinale, et que l'anneau crural normal, comparable à l'orifice supérieur du canal inguinal, est le seul point de ressemblance que présentent les deux trajets herniaires. On a bien dit qu'il existait une hernie crurale interstitielle, analogue à la hernie inguinale de ce nom. Ceci est vrai, peut-être, lorsque la hernie doit sortir un jour par une des ouvertures les plus basses du *fascia crebriformis*, mais comme le plus souvent elle s'échappe par une ouverture très-élevée, et avant d'avoir eu le temps de creuser, de déplacer beaucoup le tissu cellulaire, il en résulte que le plus souvent la hernie est complète d'emblée. Ce qui frappe surtout, quand on approfondit ce sujet, ce sont les différences qui existent entre la hernie inguinale et la hernie crurale. La hernie inguinale parcourt un canal interaponévrotique bien défini et non contesté, la crurale parcourt un trajet aponévrotique trop court pour mériter le nom de canal crural. Lorsqu'il existe une distance réelle entre un orifice supérieur et un inférieur, alors ce n'est pas un canal fibreux naturel que la hernie a parcouru, c'est un canal accidentel qu'elle a créé elle-même, et ce canal est bien plus celluleux que fibreux. Tandis que les ouvertures et le trajet de la hernie inguinale existent normalement, le plus ordinairement l'ouverture unique des hernies crurales est accidentelle, et accidentelle de deux façons : d'abord parce que cette ouverture à peine visible dans l'état normal, surtout lorsque les lymphatiques

ne sont pas injectés, devient très-évidente, et ensuite, ce que l'on n'a pas dit jusqu'ici, parce que le tissu qui la forme passe fréquemment, par le fait même de l'existence de la hernie, de l'état celluleux à l'état fibreux.

Dans la hernie crurale, en un mot, les viscères, en descendant, créent le trajet et l'ouverture bien plus que ne le fait la hernie inguinale. Si la descente se fait par hasard par la partie la plus inférieure du fascia crébriforme, les viscères parcourent bien un certain trajet dans le canal crural de nos prédécesseurs (gaîne celluleuse des vaisseaux fémoraux), et traversent bien deux ouvertures, l'anneau crural des anatomistes et l'ouverture agrandie du fascia crébriforme ; mais dans les cas les plus ordinaires, la hernie s'échappant par la partie la plus interne et la plus élevée du *fascia crebriformis*, il n'est plus possible de trouver ni un canal, ni deux ouvertures; on n'a plus qu'un orifice plus ou moins étroit, plus ou moins résistant, suivant que la transformation fibreuse l'a plus ou moins envahi. Cet orifice, que j'appelle l'*anneau crural herniaire*, est bien près de l'anneau crural anatomique, préalablement traversé d'ailleurs par les viscères, il est même en partie confondu avec lui, puisque les parties antérieure et interne du fascia crébriforme sont à peu de distance de l'arcade fémorale et du ligament de Gimbernat, et se confondent avec eux en subissant la transformation fibreuse.

J'ai supposé jusqu'ici que la gaîne et les orifices étaient dilatés par le péritoine que repoussent l'intestin seul ou l'intestin et l'épiploon. Mais on se rappelle que, d'après mes dissections, je suis porté à croire que la formation

du sac est préparée quelquefois par la descente préalable d'un peloton adipeux sous-péritonéal (voy. page 20).

La hernie crurale une fois formée n'arrive pas souvent, ainsi que je l'ai dit, à des dimensions considérables. Quand elle y arrive, c'est sans doute parce que, en vertu d'une prédisposition individuelle inexplicable, la transformation dont j'ai parlé n'a pas lieu, et que, les efforts agissant toujours, rien n'empêche les viscères de sortir de plus en plus, en surmontant les obstacles d'abord assez forts, puis de moins en moins résistants des tissus fibreux naturels, lesquels se laissent vaincre plus facilement que les tissus fibreux accidentels. Dans les cas les plus fréquents, il est probable qu'au contraire la transformation s'opère assez vite et assez tôt pour apporter un obstacle à l'ampliation de la hernie. Nous verrons que la même raison explique la fréquence de l'étranglement et ses dangers.

Enveloppes et parties contenues. — La hernie a au devant de son corps, la peau, le tissu cellulaire sous-cutané plus ou moins pourvu de graisse, et le sac doublé par le *fascia propria* souvent très-graisseux lui-même; par fois aussi l'on rencontre quelques ganglions lymphatiques. Il en résulte que, suivant les variétés individuelles, le sac est séparé de la peau par des couches graisseuses plus ou moins abondantes, et quelquefois par des épanchements séreux qui se sont faits entre les pelotons adipeux.

Quant aux parties contenues, c'est rarement l'épiploon seul, c'est bien plus souvent l'intestin grêle seul ou accompagné d'un peu d'épiploon. Lorsque la hernie

est peu volumineuse, elle renferme habituellement une anse incomplète.

Rapports. — Je n'ai pas à m'étendre sur les rapports du corps de la hernie que j'ai suffisamment indiqués en décrivant le mode de formation, je rappellerai seulement ceux du collet ou pédicule. Ce collet est, en avant, voisin de l'arcade fémorale près du point où les fibres de celle-ci vont s'infléchir pour former le ligament de Gimbernat; en arrière il avoisine le muscle pectiné et son aponévrose; en dedans il est très-près du ligament de Gimbernat, si près même chez beaucoup de sujets, qu'il serait impossible de trouver une ligne de démarcation entre ce ligament et l'anneau herniaire. En dehors il est en rapport avec la veine fémorale, par l'intermédiaire du *fascia crebriformis* plus ou moins refoulé vers le vaisseau, mais toujours au moins à la distance de 4 à 5 millimètres. Nous savons que l'artère épigastrique côtoie la partie externe du collet du sac. Quant à l'artère obturatrice, lorsqu'elle vient de l'épigastrique à une certaine hauteur, elle contourne la partie interne de ce même collet, mais elle reste de même que l'épigastrique à 3 ou 4 millimètres du contour de l'anneau herniaire, en sorte que, à la condition de ne pas faire des débridements trop étendus, on ne court pas risque de les blesser pendant l'opération.

§ 2. — **Variétés anatomiques insolites.**

Je les signalerai rapidement, parce qu'elles ont peu d'intérêt pratique, chacune d'elles ayant été trop rare-

ment observée pour qu'on puisse la reconnaître pendant la vie du malade. Le diagnostic, s'il était possible, n'offrirait d'ailleurs qu'une médiocre importance pour la thérapeutique.

1re *variété.* — La hernie sort en dehors de l'artère épigastrique par la fossette péritonéale externe. L'artère épigastrique est en dedans du collet. C'est la hernie *crurale externe*, par opposition à la commune, qui est *crurale interne*. Elle a été rencontrée sur le cadavre par Arnaud et M. Demeaux.

2e *variété.* — L'intestin repousse le péritoine en dedans de l'artère ombilicale, au lieu de le repousser entre cette artère et l'épigastrique. M. Demeaux en a disséqué plusieurs exemples, dans lesquels la hernie suivait d'ailleurs le trajet ordinaire.

3e *variété.* — La hernie descendue soit en dedans, soit en dehors de l'artère ombilicale, peut rencontrer une éraillure du ligament de Gimbernat, l'agrandir, et avoir ainsi pour ouverture principale un trou de ce ligament. M. le docteur Legendre, dans une intéressante monographie sur quelques variétés rares de la hernie crurale (Paris, 1858), donne avec raison à cette variété le nom de *hernie de Laugier*, parce que cet habile chirurgien est le premier qui en ait donné la description dans les *Archives générales de médecine* (1833, 2e série, t. II, p. 27). Depuis cette époque, quatre exemples analogues à celui de M. Laugier ont été rencontrés sur le cadavre par MM. Cruveilhier, Demeaux, Legendre et Bastien. Tous cinq sont consignés dans le travail déjà cité de M. Legendre, qui a représenté la

disposition des parties sur plusieurs planches. Un autre fait, intéressant en ce sens que le diagnostic avait été posé avant l'opération du débridement, a été observé en 1860 par M. le professeur Jarjavay, et consigné dans un mémoire de M. le docteur Tirman, sur quelques variétés de hernies (*Gazette des hôpitaux*, 1860).

Je ne veux pas cacher que des doutes me sont venus sur la justesse de l'interprétation dans tous ces cas. Qu'on veuille bien remarquer deux choses : l'étendue du ligament de Gimbernat est variable suivant les sujets ; son bord externe s'arrête tantôt à 2 ou 3 millimètres plus loin, tantôt à 2 ou 3 millimètres plus près de la veine fémorale. En second lieu, ce bord reçoit l'insertion de la partie la plus élevée et la plus interne du fascia crébriforme, là où sont les ouvertures lymphatiques que s'approprie la hernie crurale, et enfin, quand ces trous ont pris la structure fibreuse, la partie interne de leur contour est comme fondue avec celui du ligament de Gimbernat. Je ne vois donc pas comment on peut s'y prendre pour savoir si un orifice herniaire placé un peu plus en dedans que d'habitude appartient plutôt au ligament de Gimbernat perforé anormalement, qu'au *fascia crebriformis* prolongé un peu plus en dedans qu'à l'ordinaire. Je développerais peut-être longuement ma pensée à cet égard, si je voyais une utilité pratique à supprimer la hernie à travers le ligament de Gimbernat. Mais, en définitive, cette variété se reconnaît rarement pendant la vie, et si on la reconnaît, on ne recommande rien de spécial pour son traitement, même en cas d'étranglement. Dans ces

conditions je n'ai pas besoin de la critiquer. Elle est née à une époque où les connaissances générales sur le mode de formation de la hernie crurale étaient insuffisantes, et où l'on ne connaissait pas les transformations fibreuses du *fascia crebriformis*. Ces notions une fois répandues, elle sera plus difficilement admise.

4e *variété*. — La hernie est double, en ce sens qu'un sac herniaire descend par une des ouvertures du fascia crébriforme, et un autre par une autre ouverture placée un peu plus haut ou un peu plus bas. Des exemples de ces hernies doubles ont été observés par MM. J. Cloquet et Demeaux. J'ai opéré de hernie étranglée, en 1846, à l'hôpital de la Pitié, une femme qui m'a présenté cette disposition tout à fait inattendue. En disséquant les couches extérieures, je tombai dans une cavité séreuse qui était vide, et par laquelle un effort fit bientôt sortir une anse intestinale qui sans doute était réduite au moment de l'opération. J'étais alors au début de ma carrière chirurgicale, je remplaçais un chef de service hautement et justement estimé, Auguste Bérard; je sentais ma responsabilité gravement compromise par une opération inutile faite sur une hernie que j'avais crue étranglée et qui ne l'était pas. Cependant, encouragé par tous les commémoratifs et par tous les symptômes fonctionnels qui étaient bien ceux d'un étranglement intestinal, je prolongeai mes recherches. Je trouvai en dedans un autre sac herniaire contenant une anse incomplète très-fortement étranglée, très-noire, mais non gangrenée.

5e *variété*. — M. Legendre décrit sous le nom de

hernie de Hesselbach, une variété dans laquelle la hernie ayant son collet en haut et en dedans comme à l'ordinaire, offre un ou deux prolongements diverticulaires de son corps à travers d'autres ouvertures du *fascia crebriformis*. Cet habile anatomiste assure en avoir disséqué un exemple, qui serait le second, celui d'Hesselbach étant le premier. J'avoue ne pas bien comprendre comment une hernie dont le collet sort par une des ouvertures du fascia crébriforme, pourrait laisser sortir son corps par d'autres ouvertures du même fascia. Je crains qu'il y ait ici une interprétation inexacte, et que les bosselures offertes par le corps des deux hernies dont il s'agit aient été dues à la résistance un peu moins grande sur deux points, du tissu conjonctif rencontré par le corps de la hernie au delà du *fascia crebriformis*. Ce seraient des hernies multilobées crurales analogues à celles que le professeur Marjolin avait signalées dans sa thèse sur l'opération de la hernie inguinale (Paris, 1812), tant d'après sa propre observation que d'après celle de Saviard et d'Antoine Dubois.

Du reste, l'interprétation de Hesselbach étant sans danger pour la pratique, je serai aussi accommodant pour elle que pour la hernie à travers le ligament de Gimbernat, et je m'abstiendrai d'accumuler contre elle les objections.

6ᵉ *variété*. — La hernie, après avoir traversé le fascia crébriforme, envoie par son corps deux prolongements diverticulaires qui sortent à travers des éraillures du *fascia superficialis*. Indiquée par A. Cooper, cette hernie est appelée par M. Legendre, *hernie d'A. Cooper*. C'est

une autre explication des hernies multilobées indiquées par Marjolin. Il me semble que le scalpel le plus habile sera toujours embarrassé pour déterminer si les bosselures en question ont simplement distendu les points trop faibles du *fascia superficialis* ou si elles l'ont traversé. C'est là d'ailleurs une question sans intérêt clinique.

7e *variété*. — Celle-ci, décrite pour la première fois par M. Jules Cloquet, consiste dans cette anomalie bizarre, que la hernie, après avoir franchi l'anneau crural, au lieu de se diriger en avant et en bas, et de sortir par une des ouvertures du *fascia crebriformis*, se porte en arrière, vient rencontrer une éraillure de l'aponévrose pectinéale et s'engager entre cette aponévrose et le muscle pectiné. M. Legendre l'appelle *hernie pectinéale*, ou de J. Cloquet.

J'ai tenu à faire connaître ces variétés, afin de ne pas me laisser accuser d'omissions; mais elles sont tellement rares, et leurs détails anatomiques ont si peu d'applications dans la pratique, que je me garderai bien d'y revenir dans la suite de ma description.

§ 3. — Étiologie.

On n'observe pas la hernie crurale dans l'enfance; elle est très-rare avant vingt-cinq ou trente ans.

Elle paraît moins fréquente que la hernie inguinale, dans la proportion de un à deux, en comprenant bien entendu les deux sexes.

Pourquoi la femme est-elle particulièrement pré-

disposée à la hernie crurale? Certaines causes anatomiques peuvent l'expliquer. D'abord l'anneau crural est un peu plus grand chez elle que chez l'homme, car l'espace compris entre l'épine iliaque antérieure et supérieure et l'épine du pubis est plus étendu, la crête iliaque étant rejetée en dehors. En outre, cet espace est rempli par les mêmes organes que chez l'homme, et ces organes, tels que le psoas, le pectiné, les aponévroses, sont cependant un peu moins développés, les vaisseaux eux-mêmes sont moins volumineux et prennent moins de place.

M. Nivet a fait jouer un rôle à la distension du ventre par la grossesse; mais M. Malgaigne fait observer avec raison que cette distension et l'affaiblissement qui en résulte portent bien plus sur le canal inguinal que sur l'anneau crural. Il vaudrait mieux dire, peut-être, que la grossesse fatigue quelques femmes, fait disparaître une certaine quantité de graisse au niveau de l'anneau crural comme partout ailleurs, et que cette disparition affaiblit d'autant sa résistance.

Causes occasionnelles. — Ce sont toujours les efforts physiologiques et antiphysiologiques. La hernie crurale se montre souvent d'une manière subite à la suite d'un effort violent; mais il est bien probable, quand on rencontre cette apparence de formation brusque, que la hernie existait déjà depuis un certain temps, soit à l'état de pointe, soit à l'état de sac attiré par la sortie préalable de la graisse sous-péritonéale, ainsi qu'il a été dit à la page 26, et que le dernier effort l'a fait arriver sous la peau et les couches sous-cutanées.

§ 4. — Symptômes et pronostic.

Dans une première période que nous ne voyons presque jamais, les viscères occupent l'infundibulum, après avoir franchi l'anneau crural ; la tumeur est profonde, ne fait aucun relief à l'extérieur, et il n'y a aucune douleur. La lésion passe inaperçue pour le sujet qui la porte, et, à plus forte raison, pour le chirurgien.

Dans une période plus avancée, la hernie crurale a franchi l'une des ouvertures du *fascia crebriformis*, elle est arrivée sous le *fascia superficialis* et présente tous les caractères des hernies réductibles, caractères sur lesquels il est inutile de revenir.

Indiquons seulement quelques particularités qui lui sont propres. Elle est ordinairement arrondie, dépasse rarement le volume d'une châtaigne, d'une noix, d'un marron. J'en ai cependant vu qui étaient grosses comme une pomme d'api; un volume excessif comparable à celui d'une grosse pomme de reinette est chose exceptionnelle. Elle a un pédicule qui est placé profondément et plus en dedans que le corps de la tumeur, lequel a une certaine tendance à remonter un peu en dehors.

Les signes fonctionnels font presque toujours défaut. Rarement il y a des coliques, des troubles de la digestion, plus rarement encore ces douleurs névralgiques que nous avons indiquées à propos des hernies inguinales. Beaucoup de malades, surtout les femmes, ne souffrent pas, ne sentent pas leur hernie et ne s'en

occupent pas, ignorent même qu'elles en ont une. Quelquefois elles ont remarqué dans la région inguino-crurale une tumeur anormale, mais n'en souffrant pas, et surtout répugnant à se soumettre à un examen direct, elles ne se soignent pas. Nous ne sommes consultés pour des hernies crurales réductibles que par des hommes, ou par les quelques femmes auxquelles la tumeur occasionne des coliques et des malaises, particulièrement pendant les efforts.

Diagnostic. — Le diagnostic est ordinairement facile. On a bien parlé d'erreurs commises à l'occasion de varices de la veine saphène, d'abcès par congestion, de ganglions enflammés et douloureux. Mais ces erreurs sont aisément évitées par ceux qui savent qu'une varice de la saphène augmente de volume dans la station verticale bien plus que par la toux, et que la compression exercée quelques instants sur l'anneau pendant que le malade est debout, facilite l'accroissement de la tumeur, tandis que c'est le contraire pour la hernie. Elles sont encore évitées par ceux qui ont soin, dans les cas de tumeur réductible en partie, de chercher s'il n'y a pas, de la région iliaque à la région fémorale, une fluctuation qui ferait bien vite reconnaître une collection purulente. Quant aux ganglions enflammés, ils ne sont pas réductibles, et conséquemment ne peuvent être pris pour une hernie du genre de celles dont nous nous occupons en ce moment.

On s'est beaucoup arrêté à la question de diagnostic entre la hernie crurale et la hernie inguinale. Si la hernie est réductible, le diagnostic a une certaine im-

portance pour le choix du bandage. La hernie inguino-scrotale ou inguino-pubienne ne laisse aucun doute. Il ne peut y avoir de difficultés que pour établir la distinction entre la hernie inguinale interstitielle et la hernie crurale, non pas dans tous les cas, mais dans ceux où il s'est produit un relâchement tel de la paroi abdominale, qu'une portion de cette paroi empiète sur la partie supérieure de la cuisse, et dans ceux où, en même temps, il existe un certain degré d'embonpoint.

A. Cooper conseille, comme je l'ai dit à propos de l'inguinale interstitielle étranglée, de rechercher l'épine du pubis. Si la tumeur herniaire est au-dessus du niveau de cette épine, c'est une hernie inguinale; si elle est au-dessous, c'est une hernie crurale. Pour tirer parti de ce signe, il faut refouler en haut, avec la main, la partie inférieure de la paroi abdominale.

Amussat avait insisté sur un autre moyen dont j'ai parlé également. Il tirait une ligne de l'épine iliaque à l'épine du pubis, et obtenait ainsi la direction de l'arcade crurale. La hernie doit être inguinale si elle est au-dessus de cette ligne, crurale si elle est au-dessous. Ici, il faut encore relever fortement la paroi abdominale avec la main, et ne pas oublier la petite modification que j'ai apportée à ce procédé, en disant qu'il fallait s'attendre à trouver, non pas la totalité, mais une portion plus considérable de la tumeur au-dessus ou au-dessous de la ligne en question (page 366).

M. Nivet avait conseillé de porter le doigt tout le long de l'arcade crurale pour sentir sa résistance; mais,

dans la plupart des cas, le tissu fibreux est relâché, et l'on ne sent plus l'arcade fémorale.

M. Malgaigne a donné deux autres moyens de diagnostic qui ont une grande valeur : 1° On commence par réduire la tumeur, et l'on cherche à mettre le doigt dans l'ouverture par où est sortie la hernie ; si le doigt rencontre facilement l'ouverture, et, à son côté externe, un vaisseau qui bat, c'est l'artère crurale, et il s'agit d'une hernie de ce nom ; s'il ne rencontre pas facilement l'ouverture, et s'il ne sent pas de pulsations, c'est que probablement il s'agit d'une hernie inguinale interstitielle ; 2° la hernie réduite, on place le doigt et on le laisse alternativement dans l'orifice crural et dans le canal inguinal, puis on fait tousser le malade ; si, le doigt bouchant l'anneau crural, la hernie sort, c'est qu'elle est inguinale, et *vice versâ*. Il est évident que dans les cas douteux on doit s'aider de plusieurs de ces moyens.

Lorsqu'il s'agit d'une hernie irréductible, on n'a plus toutes ces ressources à sa disposition ; mais je n'aurai pas à revenir sur ce sujet, m'en étant déjà occupé précédemment (page 366).

Pronostic. — Le pronostic de la hernie crurale réductible n'est pas grave, puisqu'elle est peu douloureuse, peu gênante ; malheureusement, elle est sujette à l'étranglement, d'abord pour cette dernière raison qui empêche les malades de s'en occuper, ensuite pour cette autre que dans la région où se trouve la hernie, il est plus difficile que ne le croient les chirurgiens et même les bandagistes, de placer une pelote qui ne se dérange pas et maintienne exactement la contention.

J'ai vu un certain nombre de femmes, même intelligentes, adroites et soigneuses, qui, croyant avoir leur bandage bien placé, avaient la pelote au-dessus ou au-dessous de l'anneau crural et la hernie sortie malgré l'appareil. J'en ai vu aussi qui, souffrant bien plus de la pression du bandage que de la hernie, ne le mettaient pas, ou le mettaient seulement à de rares intervalles.

§ 5. — **Traitement.**

Il n'y a à s'occuper ici que du traitement palliatif. Les chirurgiens, ceux-là mêmes qui ont préconisé les opérations curatives dont nous avons parlé à propos des hernies inguinales, n'ont guère songé à les appliquer à la hernie crurale, qui d'ailleurs n'offre pas les conditions favorables à l'invagination.

Le traitement par la compression permanente au moyen d'un bandage n'offre pas non plus les quelques chances de succès que nous avons trouvées dans la hernie inguinale, et que nous trouverons encore dans l'ombilicale. Nous n'avons pas en effet, comme dans les deux autres, des passages tenus larges pendant la vie intra-utérine, et dont le retrait, retardé pendant un certain temps, est cependant encore susceptible de s'opérer chez beaucoup de sujets, si on les met dans les conditions favorables. Il s'agit, au contraire, de passages qui n'ont rien laissé sortir physiologiquement, que la hernie a en quelque sorte créés, qui n'ont pas de tendance à se fermer, et au niveau desquels les transformations

fibreuses, dont je me suis occupé, ne sont pas accompagnées d'une rétraction suffisante pour amener l'oblitération.

Il n'y a donc à songer qu'au traitement palliatif. Le bandage français est celui auquel on donne généralement la préférence. Il est seulement nécessaire que la pelote ne vienne pas aussi en dedans que celle de la hernie inguinale, qu'elle soit, en même temps, portée plus en bas par une augmentation de la courbure de torsion; il faut enfin qu'elle soit assez petite pour rester appliquée. Si elle est trop grande, en effet, on la place

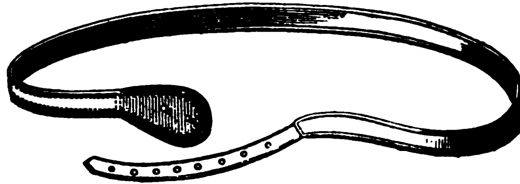


Fig. 11.

sur le pli de l'aine, et dans les mouvements pour marcher et s'asseoir, elle est repoussée en bas, au delà de la position de l'ouverture herniaire, et la hernie s'échappe malgré la pelote. C'est toujours là, du reste, l'inconvénient capital. On a beaucoup de peine à faire des bandages dont la pelote ne se dérange pas dans les mouvements ou la station assise, et je n'hésite pas à dire, d'après ce que j'ai observé sur des sujets munis d'un bandage crural depuis un certain temps, que la hernie est rarement bien contenue.

ARTICLE II.

DE LA HERNIE CRURALE IRRÉDUCTIBLE PAR ÉTRANGLEMENT.

On rencontre presque aussi souvent l'étranglement de la hernie crurale que celui de la hernie inguinale. Ainsi, sur mes 120 hernies étranglées, j'en ai eu 53 crurales, 57 inguinales, et 10 seulement ombilicales.

Cette proportion est à peu près celle qui a été indiquée par tous les chirurgiens. Mais si, d'une manière absolue, le nombre des hernies crurales étranglées est, à peu de chose près, le même que celui des hernies inguinales, il est, relativement à la fréquence des deux ordres de hernies, plus considérable. Nul doute, en effet, que les hernies crurales, soient plus rares que les inguinales. Leur étranglement offrant les mêmes chiffres, il faut bien que la production de cet étranglement soit plus facile.

Je n'ai rien de particulier à signaler pour la symptomatologie. Ce sont toujours les mêmes variétés et les mêmes bizarreries: tantôt des symptômes très-bien accusés d'emblée, assez violents pour qu'on puisse songer à ce qu'on a appelé un étranglement aigu ; tantôt des symptômes fonctionnels très-modérés d'abord, et même une douleur locale assez nulle, pour que les malades ne guident pas le chirurgien, si par hasard il oubliait de porter son attention sur la région inguino-crurale; puis, après quelques jours de douleurs médiocres, de vo-

missements peu fréquents et d'absence de garderobes, sans qu'il y ait ni fièvre, ni anxiété, tout d'un coup la face se grippe, les forces diminuent, les vomissements deviennent fécaloïdes. Quelquefois l'étranglement est essentiellement lent, et l'on est étonné de voir l'intestin résister si longtemps à la perforation, et le péritoine supporter sans s'enflammer une pression circulaire aussi sérieuse que celle que le doigt rencontre au moment de l'opération.

Delaunay, dans le relevé de mes observations de 1860 à l'hôpital Beaujon (*Gazette médicale*, 1861), a cité l'observation d'une femme de soixante-cinq ans, qui était entrée le 8 décembre de cette même année avec des phénomènes d'étranglement datant du 28 novembre, c'est-à-dire de dix jours. Il y avait toutes les deux ou trois heures un vomissement fécaloïde abondant, point de garderobes; les circonvolutions intestinales se dessinaient à travers la paroi abdominale qui était mince.

Du reste, le ventre était peu douloureux à la pression; la tumeur était petite, marronnée, très-tendue. Je pratiquai l'opération à quatre heures du soir, le jour même de l'entrée de la malade à l'hôpital, et je trouvai un étranglement assez serré; cependant l'anse intestinale, qui était complète, mais très-petite et accompagnée d'une petite portion d'épiploon, était peu rouge et n'offrait au collet ni sillon, ni perforation, ni eschare. Je me doutais bien que cette femme guérirait, car quand un péritoine a résisté dix jours aux effets d'une constriction de ce genre, et qu'on y rentre un intestin

non altéré, il y a grande chance pour que l'opération ne soit pas suivie de péritonite mortelle. C'est qu'alors sans doute les sujets sont peu aptes à contracter cette dernière maladie, sauf, bien entendu, les cas d'épanchement intestinal. Cette femme, après avoir eu un peu de diarrhée et d'adynamie, a fini, en effet, par se rétablir.

Dans un autre cas plus curieux encore, que j'ai cité déjà page 113, la malade, madame F..., a eu, avec sa hernie crurale droite un peu plus grosse qu'une noix, et devenue tout à coup irréductible, des vomissements ordinaires d'abord pendant cinq jours, puis des vomissements fécaloïdes pendant quinze jours. Il n'y avait pas, d'ailleurs, beaucoup de coliques, et la santé générale n'était pas très-altérée. Cette malade ne prenait qu'un peu de bouillon, gardait le lit et dormait. MM. les docteurs Henry et Patouillet avaient essayé bien des fois le taxis et proposé l'opération, qui avait été refusée. Appelé enfin par eux le vingt-cinquième jour, c'était le 20 novembre 1846, je trouvai la malade plus raisonnable, et je l'opérai. L'anse intestinale était complète, sans épiploon ; elle présentait des adhérences molles dans une partie de son étendue, et n'offrait d'ailleurs ni eschare, ni perforation, quoique l'étranglement, qui m'a paru formé par le collet du sac, eût été notablement serré. Je m'attendais bien à ne pas voir survenir la péritonite de l'opération sur un sujet qui avait résisté pendant vingt-quatre jours à la péritonite de l'étranglement, et, en effet, la plaie marcha rapidement vers la cicatrisation.

Je regretterais beaucoup d'avoir cité ces deux faits insolites, si les temporisateurs devaient les invoquer à l'appui du retard qu'ils croiraient devoir apporter au traitement des hernies crurales étranglées. En les citant comme des cas exceptionnels, mon but a été de montrer, une fois de plus, combien sont variées les conséquences anatomiques et les symptômes d'une constriction en apparence la même dans beaucoup de cas, et combien il serait illusoire de vouloir appuyer de nouveau quelque doctrine sur la bénignité ou la gravité apparente des symptômes. Combien de fois, en opposition à ces deux faits, n'a-t-on pas vu la gangrène et la perforation se montrer en moins de trois ou quatre jours, et cela sans qu'une intensité plus grande dans la marche des accidents ait pu le faire prévoir !

Le petit volume de la tumeur, son indolence habituelle, la lenteur avec laquelle se montrent les phénomènes fonctionnels caractéristiques, ont été souvent cause d'erreurs de diagnostic du genre de celles qui ont été indiquées aux pages 157 et suivantes, c'est-à-dire ont fait croire que les accidents étaient ceux d'une indigestion et non pas ceux d'un étranglement.

Je connais même des exemples dans lesquels, l'exploration de l'aine ayant été faite, et une tumeur ayant été reconnue, on a cru qu'il s'agissait d'une adénite avec plus ou moins d'embarras gastrique, et non d'une hernie étranglée. La vérité est qu'au début de l'étranglement, la tumeur crurale n'est guère plus volumineuse ni plus douloureuse que ne le sont des ganglions

atteints d'inflammation subaiguë, et que cette erreur est facilement confirmée par la modération des accidents. On ne saurait trop se pénétrer de la nécessité d'examiner avec attention la tumeur et tous les détails de la maladie. Quant à la tumeur, sans doute elle ressemble à une adénite; mais l'adénite à son début, a une base encore mobile et assez libre; la hernie, au contraire, quand nous la saisissons entre deux doigts, a un pédicule profond qui limite ses mouvements et empêche de la circonscrire. Ce pédicule s'enfonce en dedans de l'artère crurale. Pour les troubles fonctionnels, il importe toujours de demander au malade s'il rend des gaz par l'anus, et de prendre toutes les précautions indiquées à la page 159, pour ne pas confondre avec de vraies évacuations alvines celles qui consistent seulement dans l'expulsion des lavements.

Je ne veux pas revenir longuement sur les autres questions de diagnostic, je craindrais les répétitions. Cependant, qu'on y fasse bien attention, parmi les moyens de diagnostic donnés par M. Malgaigne en faveur de l'inflammation, il en est un qui ici tromperait à tout moment, je veux parler de l'absence de contention antérieure. J'ai parlé de beaucoup de femmes qui ne portaient pas de bandages ou en portaient d'inutiles. Si, sur cette donnée, on voulait baser un diagnostic, à chaque instant on croirait à une inflammation, et l'on penserait être autorisé à la temporisation, tandis qu'il s'agit d'un étranglement serré et menaçant, et qui doit être détruit rapidement. En effet, si la pression du bandage contribue, et je suis porté à le croire, à la transfor-

mation fibreuse du collet du sac, elle est moins nécessaire pour la même transformation des ouvertures du *fascia crebriformis*. J'ai vu plusieurs fois ces dernières devenues tout à fait fibreuses chez des sujets atteints de très-petites hernies crurales dont ils ne soupçonnaient pas l'existence, et qui, à cause de cela, n'avaient jamais employé de bandage. J'ai vu un bon nombre de femmes qui ont eu des hernies crurales, même assez grosses, étranglées des plus violemment, et qui pourtant n'avaient non plus jamais porté de bandage.

Relativement à la bénignité apparente des phénomènes fonctionnels, bénignité qu'ont eu le tort d'invoquer presque tous les partisans du pseudo-étranglement, il ne faut pas oublier que la hernie crurale étranglée est souvent peu douloureuse pendant les premières heures, et que tous les symptômes peuvent être modérés avec des constrictions cependant très-fortes. C'est avec regret que j'ai entendu, en 1863, un membre de la Société de chirurgie déclarer tranquillement qu'il avait abandonné à elle-même une hernie crurale, parce qu'il l'avait considérée comme enflammée, d'après la faible intensité des symptômes. Croirait-on que les vomissements fécaloïdes, la perforation de l'intestin, la mort même de la malade, lui ont fait conserver sa première opinion? M. Malgaigne, du moins, a été plus prudent; il n'a cité, comme exemples d'inflammation, que des hernies inguinales, et, parmi celles-ci, des épiplocèles, de grosses entérocèles, ou des entérocèles moyennes qu'il s'est empressé de réduire par le taxis forcé. Mais, je l'ai dit, le maître n'a pas été compris, il a été dépassé. On a

appliqué à des hernies crurales avec étranglement serré des principes qui n'étaient pas trop dangereux tant qu'on restait dans les limites des épiplocèles et des grosses entérocèles inguinales, mais qui deviennent funestes et entraînent la mort des malades lorsqu'on les applique aux hernies crurales.

Quant au diagnostic entre l'étranglement par le collet du sac et l'étranglement par un anneau devenu fibreux du *fascia crebriformis,* je ne m'y arrêterai pas, parce qu'il est à peu près impossible à établir pendant la vie. La probabilité est plutôt pour l'étranglement par l'anneau fibreux, parce qu'il est plus commun ; mais je ne serais pas en mesure d'indiquer la différence par des chiffres, parce que je n'ai pas tenu note exacte de ce point dans la plupart de mes observations, et parce que, d'ailleurs, dans les cas où l'exploration a dû être faite pendant une opération, il a pu rester quelques doutes sur ce sujet. Ce qui m'a frappé surtout, c'est la fréquence des cas dans lesquels je sentais avec mon doigt, une fois la réduction obtenue, un anneau circulaire résistant, appartenant à autre chose qu'au sac herniaire, là où l'anatomie normale ne m'en avait montré aucun. Cet anneau était, je l'ai déjà dit, un des orifices devenu fibreux du *fascia crebriformis.*

Le pronostic de l'étranglement est plus sérieux dans la hernie crurale que dans la hernie inguinale. D'abord, on voit bien peu d'exemples dans lesquels, abandonnée à elle-même, la hernie ait fini par se réduire spontanément ou sous l'influence d'une pression modérée, au bout de quelques jours. Voilà pourquoi nous trou-

vons dans les recueils périodiques plus d'observations de hernies inguinales que de hernies crurales, à l'appui des moyens médicaux plus ou moins illusoires, tels que la belladone, le café, les lavements de tabac, et pourquoi les doctrines de l'engouement, du spasme, de la péritonite herniaire, ont trouvé de si rares appuis dans les faits de hernies crurales, et ont invoqué surtout des cas de hernies inguinales volumineuses.

En second lieu, et ceci se lie étroitement à ce qui précède, l'étranglement est plus souvent réfractaire au taxis méthodique, et nécessite plus fréquemment l'opération.

Voici, à cet égard, les résultats de ma propre pratique :

J'ai traité 53 hernies crurales étranglées.

	Morts.	Guérisons.
12 ont été réduites par le taxis.	1	11
40 ont été opérées.	16	24
1 femme traitée sans résultat par le taxis, a refusé ensuite l'opération et est morte huit jours après de péritonite	1	»
53 traitées	18	35

Enfin, le pronostic est encore grave, parce que, l'étranglement marchant plus vite que dans la hernie inguinale, on arrive plus promptement aux perforations et aux gangrènes. Il y a encore, à cet égard, bien des variétés malheureusement impossibles à reconnaître pendant la vie ; mais il n'en est pas moins vrai

que les perforations et les gangrènes herniaires ont lieu de préférence sur les hernies crurales ; ainsi, j'ai établi quatre fois un anus contre nature pour des hernies crurales, et une seule fois pour la hernie inguinale. Les trois seuls cas dans lesquels j'aie cru devoir laisser l'intestin dehors à cause d'une petite perforation, appartenaient encore aux hernies crurales.

Toutes ces particularités de l'étranglement crural me paraissent pouvoir s'expliquer par l'anatomie et la physiologie pathologiques. La hernie reste habituellement peu volumineuse, d'abord lorsqu'il s'agit d'une femme, parce qu'elle se livre rarement à des efforts exagérés, et aussi parce que de bonne heure, chez beaucoup de sujets, l'ouverture du *fascia crebriformis*, traversée par les viscères, devient le siége, sans doute sous l'influence de l'irritation légère et du frottement occasionnés par la hernie, de la transformation fibreuse qui, une fois arrivée à un certain degré, apporte un obstacle au développement ultérieur de la tumeur. C'est sans doute aussi parce que l'ouverture fibreuse accidentelle empêche la hernie d'acquérir un volume considérable, que celle-ci renferme habituellement peu d'épiploon, et n'est même quelquefois formée que par une anse incomplète. N'est-il pas permis, enfin, d'attribuer à la même cause la résistance au taxis et la rapidité de la gangrène et des perforations ? En outre, les cas dans lesquels la hernie est très-volumineuse, ceux dans lesquels le taxis réussit, ceux enfin dans lesquels, malgré toutes les craintes qu'on avait pu concevoir, l'intestin est trouvé sain après plusieurs jours d'étran-

glement, ne doivent-ils pas être attribués, soit à ce que la transformation fibreuse n'a pas eu lieu ou ne s'est pas complétée sur les ouvertures du *fascia crebriformis*, et à ce que l'étranglement est produit par le collet du sac, qui est resté un peu plus large et un peu moins résistant que ne sont habituellement les ouvertures fibreuses du *fascia crebriformis?*

Mais si la transformation fibreuse accidentelle de l'orifice crural explique la gravité plus grande de cet étranglement, elle nous donne peut-être aussi la raison du plus grand nombre de succès après l'opération. Sur mes 40 opérations, j'ai eu 24 guérisons (presque les deux tiers) et 16 morts (un peu plus du tiers). Or, cette proportion, plus satisfaisante que celle que m'a donnée la hernie inguinale, tient sans doute à ce que, la hernie étant petite à cause de la condition anatomique tant de fois indiquée, si l'opération se trouve faite avant que les lésions sérieuses de l'intestin aient eu le temps de se produire, ce volume peu considérable est une condition avantageuse. En effet, moins est longue la portion d'intestin qui a supporté la constriction, moins est dangereuse pour les anses voisines la réduction dans le ventre; moins est étendue la surface du sac, moins est à craindre la péritonite par propagation consécutive.

Traitement. — En somme, ce sont toujours les mêmes indications, celles de ne pas perdre de temps et d'aller droit au but.

Malheureusement, l'indolence de la maladie et la pudeur ou la mauvaise volonté des malades empêcheront

toujours quelques hernies d'être vues assez tôt pour qu'on puisse leur appliquer le taxis avec chloroforme. J'ai eu le bonheur d'être appelé au bout de six heures, de huit heures, de douze heures, et j'ai réussi facilement avec ce moyen; je crois qu'on réussirait de même si l'on était toujours appelé aussi tôt, ou si, appelé, on ne perdait pas son temps à l'emploi de moyens moins efficaces.

Le taxis à quatre mains est rarement possible, à cause de la surface habituellement petite de la hernie. Cette même cause ne permet pas de faire porter la pression exactement sur tous les points du contour de la tumeur et empêche d'utiliser la bande de caoutchouc. Si le chirurgien est fatigué, il cessera quelques instants ou se fera remplacer par un aide. Mais il faut toujours s'efforcer de satisfaire à l'indication plus difficile à remplir ici, à cause de la petitesse de la tumeur, de ne pas presser sur le fond, et de diriger tous les efforts sur la périphérie du corps et au niveau du pédicule.

J'aimerais à pouvoir indiquer, d'après les notions anatomiques, une direction à donner aux efforts. L'intestin étant sorti par l'anneau crural, et ensuite par un anneau un peu plus interne du *fascia crebriformis*, et s'étant ensuite porté en dehors sous la peau, semble avoir décrit une ligne courbe à concavité externe. Mais il est impossible que les efforts du taxis agissent dans cette direction. D'un autre côté, il y a si peu de distance, dans la plupart des cas, entre l'anneau herniaire et l'anneau crural, que le plus simple est de pousser comme pour faire rentrer dans la partie interne de cet

anneau, c'est-à-dire de bas en haut, et un peu de dehors en dedans.

Si vingt-quatre heures sont écoulées, et que la hernie ne soit pas des plus petites, essayez encore le taxis avec chloroforme pendant quinze ou vingt minutes, plus longtemps si vous n'avez pas pu employer le chloroforme.

Au delà de quarante-huit à soixante heures, à moins que la hernie ne soit notablement volumineuse, grosse au moins comme un œuf de poule, n'essayez plus le taxis progressif, et opérez de suite.

Ce que je demande surtout avec instance, c'est que, le taxis une fois essayé sans résultat ou jugé inopportun, on opère de suite. On a vu, dans les développements qui précèdent, que l'opération de la hernie crurale donne de bons résultats; mais ils seront d'autant meilleurs qu'on aura moins attendu.

Je n'ai que peu de chose à dire du manuel opératoire. En vertu de la situation variable de l'anneau du *fascia crebriformis* qu'a traversé la hernie, son pédicule est tantôt superficiel, tantôt profond. Lorsqu'il est superficiel, on peut débrider avec les ciseaux, ce qui est le procédé le plus commode et le plus sûr. Lorsqu'il est plus profond, on se sert du bistouri, et on fait un seul ou deux débridements, trois s'il le faut, en se laissant guider par la sécurité plus ou moins grande que donnent le doigt et l'ongle pour conduire le bistouri boutonné, comme je l'ai dit plus haut. Chez la femme, il n'y a jamais d'inconvénient à débrider directement en haut et un peu en dedans, parallèlement à l'artère épigastri-

que. Chez l'homme on pourrait, dans ce sens, rencontrer l'artère spermatique ; il vaut mieux, alors, faire le débridement suivant une ligne oblique de bas en haut et de dedans en dehors, ou bien en dedans sur la partie interne de l'anneau herniaire et dans la direction du ligament de Gimbernat. On a reproché à ce dernier procédé d'exposer à la lésion de l'artère obturatrice lorsqu'elle se détache de l'épigastrique un peu haut. Mais comme le débridement porte d'abord sur le contour, devenu fibreux, du fascia crébriforme, et ne doit pas avoir plus de trois ou quatre millimètres, il atteindrait rarement cette artère, qui passe alors derrière la partie moyenne du ligament de Gimbernat. Au moyen des débridements multiples peu profonds, tels que nous les conseillons avec M. Velpeau et Vidal (de Cassis), il n'y a aucun danger de léser les artères épigastrique, spermatique et obturatrice. Il est clair que le débridement en dehors doit toujours être évité, parce qu'il exposerait à rencontrer la veine fémorale. M. Verpillat a proposé de débrider en arrière, et c'est assurément l'un des meilleurs moyens pour prouver que la hernie crurale est bien étranglée par un cercle fibreux non interrompu et distinct de l'anneau crural. Mais j'ai préféré, jusqu'à présent, faire plusieurs petits débridements, les uns en haut, les autres en dedans, ou un seul directement en haut, lorsque j'opérais sur une femme.

CHAPITRE III.

HERNIES OMBILICALES.

Nous comprenons sous ce nom les hernies qui se font à travers l'ouverture ombilicale, ou à travers un orifice accidentel placé dans le voisinage de ce dernier. Nous verrons, en effet, plus loin, qu'un certain nombre de hernies sont péri-ombilicales plutôt qu'ombilicales. Les unes et les autres ont été désignées aussi sous le nom d'*exomphales*.

Cette hernie peut se rencontrer à tous les âges ; on l'observe aussi au moment de la naissance. Nous allons donc avoir à étudier successivement :

La *hernie ombilicale congénitale*,

La *hernie ombilicale de la seconde enfance*,

La *hernie ombilicale des adultes et des vieillards.*

ARTICLE PREMIER.

HERNIE OMBILICALE CONGÉNITALE.

Les enfants viennent quelquefois au monde avec une tumeur placée au niveau de la jonction du cordon avec l'ombilic, et comprise en quelque sorte dans la base du premier. Comme elle est constituée par une portion du canal digestif, on l'appelle hernie ombilicale congénitale. Dans bien des cas, cependant, ce n'est point une hernie, car il n'y a pas eu sortie des viscères, attendu

que ceux-ci n'ont jamais été contenus dans le ventre. La maladie est alors plutôt un vice de conformation qu'une hernie proprement dite. Mais comme il y a aussi à cet âge des hernies véritables, c'est-à-dire des tumeurs formées par l'intestin sorti du ventre où il avait été contenu d'abord, et comme le praticien n'a pas absolument besoin et serait d'ailleurs dans l'impossibilité de distinguer ces faits de ceux où il s'agit d'un vice de conformation, nous sommes bien forcé de les comprendre les uns et les autres sous la dénomination de *hernies ombilicales ou exomphales congénitales.*

Ce genre de lésion est extrêmement rare. Je n'en ai vu que deux exemples, c'était à la consultation de l'hôpital; je n'ai pu les suivre, et je ne sais pas ce qui est advenu pour chacun d'eux. Bien peu de chirurgiens seraient en état de tracer l'histoire de la hernie ombilicale congénitale avec les faits de leur propre pratique. Ce sujet est donc un de ceux sur lesquels on est heureux de trouver des collections d'observations recueillies de divers côtés. Nous félicitons M. Debout de s'être livré à ce travail. Son mémoire sur les *Hernies ombilicales congénitales* (Bruxelles, 1860, et *Mémoires de l'Académie royale de médecine de Belgique*, t. V), nous donne la relation de seize cas, dont la lecture me permet d'exposer l'état actuel de la chirurgie sur ce sujet.

§ 1er. — Variétés anatomiques.

Elles se rapportent à trois types principaux.

1° La tumeur est arrondie, transparente, placée tan-

tôt au centre du cordon, dont les trois vaisseaux s'écartent uniformément pour la coiffer, tantôt sur une des parties latérales de ce cordon, dont les vaisseaux alors ne se dissocient pas et suivent leur trajet habituel vers la cavité abdominale. La tumeur est très-petite, comme une bille ou une noix, par exemple, ou un peu plus volumineuse, comme une grosse noix, une pomme d'api ; son principal caractère est d'être réductible. Elle est formée par une ou plusieurs anses d'intestin grêle, quelquefois par l'estomac, et ces viscères sont parfois mais non toujours accompagnés d'une petite portion du foie. Les enveloppes de la tumeur sont constituées : 1° par le péritoine, dont la face interne est sans adhérence avec les viscères, et dont la face externe est recouverte par la seconde enveloppe ; 2° par la gaîne amniotique du cordon, membrane assez résistante, mince et transparente. Entre les membranes péritonéale et amniotique se trouve souvent un peu de gélatine de Warthon. La minceur et la transparence de ces enveloppes donnent à cette espèce de hernie son caractère clinique le plus spécial, la transparence. A sa base cependant, et au niveau de la jonction du cordon ombilical avec l'ouverture de ce nom, la tumeur est revêtue par la peau. On comprend d'ailleurs que l'orifice par où s'échappe la hernie est l'anneau ombilical, d'autant plus large que le volume de la tumeur est plus considérable.

2° La tumeur est encore arrondie, transparente, modérément volumineuse, placée au centre ou sur un des côtés du cordon ombilical. Elle renferme l'intestin seul ou l'intestin avec le foie, ou bien encore elle ne

renferme que le foie, ce qui l'a fait appeler *hépatocèle* ou *hépatomphale*. Son caractère principal est d'être irréductible, et elle le doit sans doute à ce que des adhérences se sont établies, par suite d'une péritonite intra-utérine, entre la surface interne du sac et les viscères contenus.

3° La tumeur est très-volumineuse, renferme tout le foie et la partie la plus considérable de l'intestin grêle. En pareil cas la paroi abdominale manque entièrement ; on appelle cette variété *éventration* plutôt que *hernie*, et comme la vie n'est pas possible avec un pareil vice de conformation, la chirurgie n'a pas du tout à s'en occuper.

Notre description ultérieure s'appliquera donc surtout aux deux premières variétés, celles dans lesquelles le volume de la tumeur n'étant pas énorme, la cavité abdominale existe avec sa paroi antérieure bien constituée presque partout, excepté dans le point où l'anneau ombilical se trouve, notablement plus grand qu'à l'état naturel.

Quelquefois la hernie n'est accompagnée d'aucun autre vice de conformation, mais souvent l'enfant porte en même temps une imperforation de l'anus, un spina-bifida, un pied-bot.

§ 2. — Étiologie.

Trois opinions se sont produites sur les causes et le mode de formation de l'exomphale congénitale :

1° La première est celle de l'arrêt de développe-

ment. Pendant la période embryonnaire, l'intestin se forme à la base du cordon, puis il se trouve peu à peu renfermé dans la cavité abdominale, à mesure que la paroi s'est développée. Or, il peut arriver que par des causes inconnues la paroi abdominale n'achève pas son développement, et qu'elle manque dans une étendue limitée par un orifice ombilical très-large au niveau duquel les viscères ne sont pas entrés dans le ventre, ou bien que, la paroi abdominale s'achevant à peu près, l'intestin reste dans la base du cordon, à la suite d'adhérences laissées par une péritonite développée pendant la période embryonnaire, comme l'a admis M. J.-Y. Simpson, cité par P. Bérard (*Article ombilic du Dictionnaire de médecine* en 30 vol., 1840.) L'arrêt de développement dans ce dernier cas serait consécutif à une maladie, tandis que dans l'autre cas il serait primitif.

Cette opinion de l'arrêt de développement, après avoir été rejetée par M. Cruveilhier, qui disait n'avoir vu, à aucune période de la vie embryonnaire ou fœtale, l'intestin placé hors de l'abdomen, a été remise en honneur par M. Coste, qui a démontré cette situation primitive du tube digestif et, comme conséquence, la possibilité d'un arrêt dans le développement, donnant lieu à l'exomphale congénitale.

2° La deuxième opinion est celle de M. Jules Guérin (*Gazette médicale*, 1862), qui considère la persistance, avec grandes dimensions, de l'ouverture ombilicale, comme le résultat d'une rétraction musculaire intra-utérine, analogue à celle qui, pour le même auteur, produit le pied-bot et le torticolis, c'est-à-dire consé-

cutive à une maladie du système nerveux se traduisant par des convulsions et ensuite des contractures du côté du système musculaire.

3° La troisième théorie, soutenue surtout par M. Cruveilhier, explique mécaniquement la hernie congénitale, par une pression à laquelle le ventre du fœtus aurait été soumis pendant la vie intra-utérine à la suite d'une chute de la mère, d'un coup reçu par elle sur l'abdomen, ou de tout autre accident.

Les théories de MM. J. Guérin et Cruveilhier supposent à peu près formées la cavité et la paroi de l'abdomen : elles pourraient expliquer les hernies qui surviendraient après cette époque de la vie intra-utérine pendant laquelle l'intestin, en voie de développement, n'est pas renfermé encore dans la cavité abdominale, c'est-à-dire du deuxième au neuvième mois. La théorie de l'arrêt de développement est applicable, au contraire, aux cas dans lesquels la hernie s'est formée plus tôt, c'est-à-dire pendant les sept ou huit premières semaines.

Bérard, dans l'article déjà cité, et M. Debout, dans son mémoire, ont bien établi cette distinction entre les hernies qui datent de la période embryonnaire et celles qui se forment pendant la période fœtale proprement dite. Je suis obligé d'accepter cette distinction, et les théories qui s'adaptent à chacune des périodes. Mais je ne saurais dire si la hernie de la période embryonnaire est plus commune ou plus rare que l'autre, si conséquemment la théorie du simple arrêt de développement doit être invoquée plus souvent que la

théorie physiologico-pathologique de M. J. Guérin, ou la théorie mécanique de M. Cruveilhier.

§ 3. — Symptômes et diagnostic.

1° Lorsque la tumeur est sensiblement grosse, que son volume, par exemple, dépasse celui d'une noix, on la reconnaît aisément aux caractères que j'ai indiqués tout à l'heure, savoir : sa surface arrondie, sillonnée et quelquefois lobée par les vaisseaux ombilicaux, si la tumeur s'est développée au centre du cordon ; sa situation sur un des côtés de ce dernier, dans les autres cas ; sa transparence, la transition brusque vers sa base entre une paroi transparente et une paroi cutanée. Le médecin qui assiste la mère au moment de l'accouchement, constate ces phénomènes immédiatement après la sortie de l'enfant ; ils sont tout aussi appréciables lorsqu'on nous présente ce dernier deux ou trois jours après la naissance. Pendant les cris la tumeur se tend et augmente de volume.

Pour compléter le diagnostic, il faut chercher si la tumeur est réductible. Dans ce but on la presse doucement entre les doigts, et on essaye de repousser vers la cavité abdominale les parties herniées. Si l'on réussit complétement la question est jugée. Si l'on ne réussit pas, ou si l'on réussit imparfaitement, on a le droit de croire à une hernie irréductible. Quant à savoir si l'impossibilité de réduire tient à des adhérences entre l'intestin et le sac, ou à la présence d'une portion non adhérente du foie, qui ne peut pas rentrer parce que la

cavité abdominale est trop peu spacieuse, cette partie du diagnostic est assez difficile. On peut cependant adopter la première opinion (celle d'une entérocèle adhérente) lorsque l'on trouve de la sonorité, ou lorsque, saisissant entre deux doigts la partie transparente de la tumeur, on peut la plisser et adosser ses parois à elles-mêmes. On doit, au contraire, croire à la présence du foie, lorsque cette manœuvre est suivie de l'interposition, entre les deux feuillets qu'on cherche à rapprocher, d'une portion plus ou moins considérable de substance solide qui ne s'affaisse pas.

2° Si la hernie est plus petite que je ne l'ai supposé, si elle est grosse comme une bille ou une noisette, par exemple, elle se reconnaît à l'aide des mêmes symptômes que tout à l'heure. Mais il peut arriver que la réduction étant opérée au moment où l'enfant est examiné, il n'y ait pas de tumeur appréciable. Plus souvent encore la hernie n'est pas réduite, mais elle est trop peu volumineuse pour sauter aux yeux, et l'accoucheur n'a aucune raison pour la chercher, son attention étant détournée par la rareté de cette maladie. C'est pourquoi on a quelquefois compris la tumeur dans la ligature du cordon qu'on avait placée trop près de l'ombilic. M. le docteur Barret (thèses de Paris, 1833, n° 162) assure que cette faute a été constatée trois fois par Sabatier, et sept à huit fois par Dupuytren, et M. le docteur Brun, de son côté (thèses de Paris, 1834, n° 238), rapporte trois des faits qu'aurait vus Dupuytren. Mais je crois qu'il y a eu là quelque erreur d'interprétation, car nos recueils périodiques n'ont plus, à ma con-

naissance du moins, signalé de nouveaux exemples de ce genre.

Pour établir le diagnostic en pareil cas, il faudrait saisir entre deux doigts la base du cordon, puis, exerçant une pression légère, chercher si on refoule quelque chose dans le ventre, enfin attendre un cri de l'enfant pour voir si la petite tumeur, en se reproduisant, vient soulever les doigts.

3° Il est bien entendu, d'ailleurs, que du moment où l'on a constaté l'existence d'une exomphale congénitale, on doit rechercher de tous les côtés s'il y a quelque autre vice de conformation.

§ 4. — Marche, terminaisons.

A. Jusque dans ces derniers temps nous ne savions guère de la marche et des terminaisons spontanées de l'exomphale congénitale que ce qu'en avait dit P. Bérard dans l'article cité plus haut. Or, il avait mis en évidence, avec sa netteté habituelle, l'une des terminaisons, la plus fréquente et la plus grave, sans contredit, et il ne paraissait pas croire beaucoup à l'existence d'une autre terminaison, celle par la guérison. Il disait qu'au moment où avait lieu la chute du cordon et de la membrane amniotique, le péritoine s'ouvrait, s'enflammait et suppurait, et que l'enfant succombait dès lors inévitablement du septième au douzième jour après sa naissance. Sans prétendre que le péritoine fût toujours compris dans la gangrène de la base du cordon, il croyait au moins que c'était le cas le plus ordinaire, et qu'en

conséquence les viscères et la cavité abdominale étaient mis en communication avec l'air extérieur, ce qui était cause d'une péritonite mortelle. Pour les cas rares où le péritoine n'était pas ouvert, il croyait encore au développement de la péritonite par propagation à la séreuse, de l'inflammation née dans son voisinage à l'occasion de l'expulsion du cordon ombilical.

Bérard ne niait pas les guérisons spontanées, mais il les croyait si rares qu'il n'en a pas cité d'exemple, et que son article a laissé à tous les lecteurs l'idée d'une affection toujours incurable.

M. le docteur Debout a le mérite d'avoir modifié à cet égard les idées des praticiens, en nous donnant la description de dix exemples, dont un observé par lui-même, de guérisons spontanées. On voit dans ces relations et surtout dans l'observation si complète et si exacte, due à M. le professeur Stoltz (de Strasbourg), que le cordon peut tomber seul, sans entraîner le péritoine herniaire, et qu'après sa chute la surface externe du sac peut se présenter couverte de bourgeons charnus. Cette surface granuleuse, après avoir suppuré trente ou soixante jours, finit par se dessécher et former une cicatrice qui, au lieu d'être déprimée et anfractueuse, comme la cicatrice ombilicale, est un peu saillante et uniforme à sa surface.

Nous devons donc admettre aujourd'hui que la hernie ombilicale congéniale n'est pas par elle-même une cause de non viabilité, et que si les autres vices de conformation et le reste de son organisme permettent à l'enfant de vivre, cette lésion peut se terminer de deux

façons : ou par des accidents mortels à la suite de la chute du cordon, ou par la guérison avec formation et persistance d'une cicatrice. Cependant, nous n'avons pas un assez grand nombre de faits consignés dans les annales de la science, pour que nous puissions savoir au juste le chiffre proportionnel des morts et des guérisons spontanées.

B. Je viens de supposer, pour étudier la marche et les terminaisons, les cas où la hernie n'a pas été comprise par mégarde dans la ligature du cordon. Je dois examiner maintenant ceux où, par hasard, cette ligature aurait eu lieu. Il semble que l'étranglement de l'intestin devrait ajouter de la gravité à la maladie. Cependant il paraît n'en avoir pas été ainsi dans tous les cas ; soit qu'une petite partie seulement du viscère ait été comprise dans la ligature, soit qu'une portion plus considérable ayant été liée, l'enfant ait présenté une résistance toute spéciale, voici ce qui est arrivé quelquefois : après la chute du cordon on a vu sortir, par un pertuis de l'ombilic, des matières jaunâtres, mélangées de gaz, sur la provenance intestinale desquelles on n'a pas eu de doutes. Autour de cet orifice, des bourgeons charnus ont formé une petite tumeur vermeille ; les choses sont restées dans cet état pendant plusieurs mois, au bout desquels la cicatrisation et la guérison ont eu lieu. M. le docteur Brun a très-bien décrit ce mode de terminaison sous le titre de : *Fistules stercorales de l'ombilic.* (*Loc. cit.*) Cependant je dois prévenir que les trois observations citées par cet honorable médecin m'ont laissé quelques doutes. Je vois bien la mention d'une

tumeur rouge et vermeille avec un orifice central ; mais la mention d'une hernie n'est faite nulle part, le caractère des matières supposées intestinales n'est pas indiqué avec précision, on ne parle pas de l'issue des gaz, et, en somme, je me demande si on n'a pas eu affaire tout simplement à un de ces bourgeons charnus avec suppuration plus ou moins abondante et plus ou moins liquide, tels que nous les voyons assez souvent à l'ombilic des nouveau-nés après la chute du cordon. Ce qui me confirme dans cette idée, c'est que la guérison a été très-facilement obtenue dans les trois cas cités par M. Brun, avec une simple ligature. Or, une nouvelle ligature sur un intestin (car M. Brun n'hésite pas à penser que la tumeur rougeâtre, grosse comme une cerise, qu'il a observée, était formée par l'intestin renversé) aurait dû déterminer quelques phénomènes d'étranglement et de péritonite qui n'ont eu lieu dans aucun cas. Une dernière raison confirme mes doutes, c'est que, depuis 1834, on a vu fréquemment de ces petites tumeurs bourgeonnantes de l'ombilic ; j'en ai vu moi-même un certain nombre, et je ne sache pas que personne y ait démontré positivement l'existence d'une fistule intestinale. Je suis certain, pour ma part, que dans les faits dont j'ai été témoin, il n'y avait pas de communication avec l'intestin, car je n'en ai vu sortir ni matières intestinales, ni gaz. Il est vrai que je n'ai pas introduit de stylet, mais c'est parce que je craignais de le conduire dans la cavité péritonéale, et de provoquer une péritonite.

En supposant, d'ailleurs, qu'une hernie ait été com-

prise par mégarde dans la ligature du cordon, il est probable que le mode de guérison dont j'ai parlé n'aurait pas toujours lieu, et que cet étranglement serait quelquefois suivi de mort. Mais on n'en a pas cité assez d'exemples pour que je puisse encore ici indiquer la proportion entre les morts et les guérisons.

§ 5. — **Pronostic.**

L'exomphale congénitale est toujours grave. Volumineuse et à l'état d'éventration, elle échapperait difficilement aux conséquences de la chute du cordon, si, d'autre part, la vie n'était pas souvent compromise par d'autres vices de conformation, tels que l'imperforation de l'anus, la persistance du trou de Botal, l'anencéphalie, etc.

Lorsque la hernie est de petit ou de moyen volume, si surtout elle est en même temps réductible, elle est encore grave ; mais nous savons qu'il ne faut pas la considérer comme incurable. On aurait tort, en conséquence, de renoncer, à cause d'elle, au traitement d'un vice de conformation concomitant, si ce traitement pouvait offrir quelques chances de succès. M. Debout a vu refuser deux fois des tentatives chirurgicales pour une imperforation du rectum, parce que l'enfant portait en même temps une exomphale congénitale peu volumineuse, que l'on supposait incompatible avec la vie. Aujourd'hui, il ne serait plus permis de porter un pareil jugement.

§ 6. — Traitement.

P. Bérard, sous l'impression des connaissances insuffisantes de son époque sur les terminaisons spontanées de l'exomphale congéniale, a écrit que les hernies de moyen volume devaient être soumises à une opération ayant pour but de tenir rapprochés les bords de l'orifice cutané avant la chute du cordon, afin d'éviter les suites de l'ouverture du ventre après cette chute, et il cite quelques exemples dans lesquels cette indication paraît avoir été remplie avec succès au moyen de bandelettes agglutinatives, d'un pansement compressif ou des points de suture.

Aujourd'hui, mieux renseignés sur les chances de guérison spontanée, nous devons borner notre thérapeutique à favoriser le travail de la nature. Pour cela, il faut d'abord laisser de côté les sutures et la compression forte, qui pourraient entraver ou aggraver ce travail. Il doit suffire : 1° de multiplier tous les petits soins habituels, afin que l'enfant crie le moins possible et n'augmente pas le volume et la tension de la hernie au moment de la chute du cordon ; 2° de maintenir, dès les premiers jours, une compression légère, et de la continuer après la chute du cordon, en ajoutant un pansement fait matin et soir avec le cérat. Il faut avoir la précaution de ne pas arracher violemment les pièces de pansement, si elles se sont desséchées, car on pourrait, en même temps, déchirer le péritoine. En somme, l'étude clinique de cette affection a conduit, comme

pour bien d'autres, à conseiller au praticien le rôle d'observateur plutôt que celui d'opérateur.

Si cependant le péritoine était ouvert après la chute du cordon, et si l'on voyait les viscères hors du ventre, il serait indiqué de faire la réduction, et de fermer la perforation en maintenant ses bords rapprochés le mieux possible. Cette indication me paraît bien difficile à remplir. J'essayerais d'abord un pansement occlusif avec des bandelettes de collodion posées sur l'ouverture, pendant qu'un aide en maintiendrait les bords rapprochés. Si la hernie s'échappait sous l'appareil, alors je pratiquerais deux ou trois points de suture enchevillée, disposés de manière à adosser à elle-même la surface péritonéale du sac.

ARTICLE II.

HERNIES OMBILICALES DES ENFANTS.

Elles sont très-fréquentes, parce qu'elles ont une cause anatomique prédisposante dans la conformation de l'anneau ombilical, et dans les modifications qu'il doit éprouver après la chute du cordon.

A l'état normal, une fois que le cordon est détaché, un triple travail s'opère : 1° la surface cutanée de la solution de continuité se resserre et se dessèche à la manière des plaies qui se cicatrisent, en fournissant cependant un liquide à peine purulent ; 2° la cicatrice, en se fronçant, contracte d'étroites adhérences avec les vestiges de la veine, des deux artères ombilicales et de l'ouraque, d'une part, avec le contour fibreux de l'ou-

verture ombilicale, d'autre part; 3° ce contour fibreux se resserre peu à peu, en même temps et à mesure que les adhérences s'établissent. Ces adhérences deviennent partout solides, si ce n'est à la partie supérieure, où la veine ombilicale reste plus faiblement unie que les autres parties à l'anneau fibreux.

Or, ce travail, qui se complète habituellement dans l'espace de quelques semaines, de huit à douze, peut être entravé par les cris incessants de l'enfant, lesquels poussant à tout moment les viscères contre l'orifice, relâchent, en la soumettant à une trop grande distension, la matière plastique encore molle, aux dépens de laquelle se font les adhérences, et l'anneau finit par devenir perméable.

D'autres fois, le nouveau-né ne pousse pas de cris immodérés; mais, par suite de causes inconnues, le contour fibreux ne se resserre pas aussi vite et n'adhère pas aussi solidement qu'à l'ordinaire avec les vestiges des vaisseaux, et cela particulièrement au voisinage de la veine ombilicale. Le péritoine lui-même est uni plus lâchement, si bien que les viscères, pendant les cris ordinaires de l'enfant, le repoussent, et entrent avec lui dans l'anneau ombilical, tantôt en parcourant tout son contour et soulevant toute la portion cutanée de la cicatrice ombilicale, tantôt, et plus rarement, en soulevant seulement une partie de ce contour, celle qui se trouve au voisinage du vestige de la veine ombilicale, et repoussant en bas la portion cutanée de la cicatrice.

La hernie apparaît vers l'âge de quatre à six mois, quelquefois plus tard, vers un ou deux ans; elle reste

habituellement peu volumineuse, grosse comme une petite bille, une noisette, quelquefois un peu plus; on l'a vue rarement avoir le volume d'un œuf de pigeon. Elle offre les caractères habituels des hernies, c'est-à-dire augmente et se tend lorsque l'enfant crie ou tousse, diminue ou disparaît tout à fait lorsqu'il est sur le dos.

Sa présence chez la plupart des sujets paraît n'occasionner ni coliques, ni tiraillements; j'ai, du moins, questionné à cet égard plusieurs enfants de quatre à cinq ans au plus, et j'ai toujours eu des réponses négatives. Pourtant, il ne serait pas impossible que quelques-uns eussent, de temps en temps, des coliques passagères. Quant à l'étranglement, je ne crois pas que personne l'ait jamais observé.

La marche naturelle de ces hernies, de même que celle des hernies inguinales de l'enfance, est la tendance à la guérison. En effet, le resserrement de l'anneau ombilical, pour ne pas s'être complété dans le temps voulu, ne continue pas moins à s'effectuer, et le travail adhésif entre lui, la peau, les vestiges des vaisseaux et le péritoine n'a pas cessé d'être possible. Voici donc ce qui arrive le plus souvent : le resserrement entravé par la hernie, lorsque celle-ci est sortie, et surtout lorsqu'elle est rendue très-saillante par les cris et les efforts, s'effectue pendant le repos, lorsqu'elle est rentrée ou lorsqu'elle est molle et dépressible. La tumeur continue de se montrer pendant plusieurs mois, plusieurs années; mais elle est de moins en moins volumineuse; vers dix, douze, quatorze ou quinze ans, on ne la voit plus, et la cicatrice ombilicale paraît aussi solide dans ses

couches profondes que dans ses couches superficielles.

Cette guérison spontanée se complète d'ailleurs plus vite, vers trois ou quatre ans, lorsque la hernie a paru de bonne heure, et qu'elle est restée très-peu volumineuse, que dans les cas où elle a paru plus tard, vers quatre ou cinq ans, par exemple, et dans ceux où elle a pris un accroissement un peu plus grand.

Faut-il admettre cependant que la guérison spontanée est constante, et qu'elle aurait lieu toujours si l'art n'intervenait pas? Je n'irais pas jusque-là, par cette raison que, si j'ai vu guérir toutes les hernies ombilicales de l'enfance, je les ai vues toutes traitées par un bandage qui, si peu contentif qu'il fût, a bien pu contribuer, pour une certaine part, à la guérison. Je ne sais pas ce qui serait advenu chez tous ces malades, si aucun n'avait porté de bandage; je crois que beaucoup auraient encore guéri, mais quelques-uns, peut-être, auraient conservé toute leur vie une infirmité.

En somme, il est indiqué, lorsque l'on est consulté pour un enfant atteint de hernie ombilicale, de conseiller un appareil qui, en maintenant la hernie réduite, puisse favoriser le travail de resserrement et d'adhérence de l'anneau ombilical.

1° Si l'enfant est encore à la mamelle, le premier moyen à employer est celui qu'ont proposé, il y a une vingtaine d'années, MM. Malgaigne et Trousseau. (*Journal de chirurgie*, t. II, p. 281.) Il consiste à placer sur l'ouverture herniaire, après avoir fait la réduction, une compresse pliée en huit ou seize doubles, et à la maintenir avec une bandelette de diachylon large de deux

centimètres, et assez longue pour entourer deux fois et demie le corps de l'enfant. On laisse ce bandage en place pendant douze à quinze jours, au bout desquels on le renouvelle. On a, d'ailleurs, soin de le surveiller tous les jours, pour être sûr qu'il ne se déplace pas. Si la peau devenait érythémateuse, il faudrait s'abstenir de son emploi pendant quelque temps, et remplacer le diachylon par une bande ordinaire ou par un petit bandage en gomme.

Quelque simple et séduisant que soit cet appareil, on a de la difficulté à en continuer l'emploi jusqu'à guérison complète de la hernie, soit parce que la peau devient érythémateuse, soit parce que les parents y mettent de la négligence. Lorsque, d'ailleurs, les enfants commencent à marcher, cette compression circulaire les gêne ; ils font tout pour s'en débarrasser, et s'arrangent de façon à faire monter et descendre le bandage, si bien que la hernie n'est plus comprimée.

On pourrait encore se servir de bandelettes imbibées de collodion, mais sans faire tout le tour du corps.

Pour moi, je n'ai guère employé ces procédés que provisoirement, et en attendant que l'enfant ait pu avoir un bandage spécial.

Celui qui convient le mieux à cet âge, et que font tous les bandagistes, est muni d'un ressort devant embrasser seulement la moitié du corps de l'enfant, et est couvert d'une préparation de caoutchouc imperméable à l'urine; son extrémité antérieure est assujettie sur une plaque circulaire de même nature, et de 8 à 10 millimètres de diamètre. Cette plaque est légèrement ex-

cavée pour s'adapter à la forme du ventre, et elle est munie à son centre d'une petite boule qui doit correspondre à l'ouverture herniaire. L'autre extrémité du ressort s'adapte à une plaque qui s'appuie sur la région lombaire.

Ce bandage, lorsqu'il est bien appliqué, ne se dérange pas beaucoup tant que l'enfant ne marche pas. Cependant, lorsque la plaque n'est pas bien mise, ou lorsqu'on n'a pas assez serré la courroie, l'appareil se déplace, et la hernie s'échappe malgré le bandage. Il faut toujours exercer une certaine surveillance, mais cette surveillance est plus facile et plus efficace chez les petits enfants, qu'on déshabille souvent pour les soins de propreté, que chez les enfants plus grands, qu'on habille seulement le matin et qu'on déshabille le soir.

2° Lorsque l'enfant n'est plus à la mamelle, les bandelettes de diachylon sont incommodes, parce qu'elles exercent une pression circulaire avec un tissu peu extensible, ce qui est gênant pour la marche et la course. D'ailleurs, pour arriver à une guérison définitive, il faut que le bandage soit porté une ou deux années, souvent plus; or, la peau ne saurait supporter tout ce temps le contact du diachylon. Ce n'est toujours qu'un moyen de pansement provisoire, bon à utiliser lorsqu'on ne peut se procurer de suite un bandage. Du reste, la forme et la disposition à donner à ce dernier sont les mêmes que celles indiquées tout à l'heure, si ce n'est qu'il est recouvert de peau de chamois au lieu d'une couche de caoutchouc imperméable à l'urine. On a varié la forme et la composition des pelotes,

mais toujours en cherchant à satisfaire à la même indication, celle de presser l'ouverture herniaire avec un corps demi-sphérique représentant à peu près la moitié d'une bille.

Ces appareils doivent être portés jour et nuit, afin d'éviter, autant que possible, la sortie de la hernie, ce qui est la condition la plus favorable à une prompte guérison radicale.

Si l'on s'en tenait à un examen superficiel et à ce résultat général qu'après trois ou quatre années, les hernies ombilicales des enfants sont guéries, on se laisserait volontiers aller à croire que le bandage a parfaitement satisfait aux indications, et a contribué pour beaucoup au succès obtenu. Cependant j'y ai regardé de près toutes les fois que l'occasion s'en est présentée, et j'ai souvent trouvé, soit au milieu de la journée, soit le soir, soit même le matin au réveil, que la partie convexe de la pelote n'était pas au niveau de l'ouverture herniaire, mais se trouvait trop haut ou trop bas, trop en dehors ou trop en dedans. Qu'arrive-t-il, en effet, chez la plupart des enfants qui ne sont plus à la mamelle ? En les habillant le matin, les parents, lorsqu'ils sont soigneux, examinent eux-mêmes si la pelote du bandage est à sa place, ils la soulèvent pour voir si la hernie est réduite ; lorsqu'ils trouvent celle-ci dehors, ils prennent soin de la faire rentrer et de bien remettre le bandage. Puis on n'y regarde plus de la journée ; or chez la plupart des enfants la pelote se dérange dans les courses, les sauts, les jeux. La hernie sort facilement et reste sortie, car il est rare qu'une douleur avertisse

l'enfant et les parents, et plus rare encore que l'enfant ait lui-même la précaution de remettre les choses en place. On le déshabille le soir ; les parents, exercent à ce moment une nouvelle surveillance, et remettent la pelote convenablement pour la nuit, et pendant ce temps, à cause du décubitus horizontal, la réduction est généralement mieux maintenue.

J'ai supposé que les parents surveillaient la hernie et l'application du bandage, mais pour combien peu d'entre eux cette supposition est juste ! Le plus grand nombre y font attention les premiers jours, puis oublient de s'en occuper ou n'y pensent que de loin en loin, et le chirurgien n'est appelé lui-même à y veiller que très-rarement. On n'a pas ici, comme pour quelques adultes, la ressource de la bonne volonté et de l'attention du malade. Les enfants naturellement ne s'occupent pas d'une maladie qui ne les fait pas souffrir.

En somme, peu de hernies ombilicales sont contenues habituellement chez les enfants ; si elles guérissent, ce n'est pas à cause de la compression, mais en vertu du travail physiologique que j'ai indiqué plus haut. Est-ce une raison pour rejeter désormais l'emploi du bandage ? Non, car dans les cas rares où il est bien appliqué, il fait obtenir plus promptement la guérison ; dans les autres il est encore utile, parce qu'à certains moments, lorsqu'il a été bien mis, il remplit encore son office ; mal appliqué ou à peu près, il peut encore, dans une certaine limite, empêcher l'accroissement de la hernie, accroissement qui retarderait ou empêcherait la guérison. Enfin il ne m'a pas paru, et il n'a paru à

personne que les bandages ombilicaux des enfants, alors même qu'ils n'étaient pas convenablement employés, eussent le moindre inconvénient.

La guérison étant obtenue malgré ces mauvaises conditions, il est permis de penser qu'elle serait plus prompte si les bandages étaient mieux appliqués. Le devoir du médecin est de prévenir les parents à ce sujet, de leur montrer comment la hernie doit être réduite, comment la pelote doit être mise en place. Enfin, autant que cela est possible, le chirurgien doit lui-même veiller souvent à l'application de l'appareil.

Je passe sous silence l'opération de la ligature. Elle ne doit plus être discutée dans les ouvrages de chirurgie, d'abord parce qu'elle expose à la mort, et ensuite parce que les enfants guérissent aussi bien par les efforts de la nature ou par ces efforts aidés de l'application d'un bandage bien fait et convenablement surveillé.

ARTICLE III.

HERNIE OMBILICALE ET PÉRI-OMBILICALE RÉDUCTIBLE CHEZ LES ADULTES.

§ 1er. — Variétés et caractères anatomiques.

Nous avons encore à examiner ici le trajet parcouru, les enveloppes et les parties contenues.

I. *Trajet.* — Nous avons sous ce rapport deux variétés principales.

Quelquefois les viscères, pour arriver sous la peau, passent bien à travers l'anneau ombilical, c'est-à-dire à

travers ce point faible de la paroi abdominale, correspondant à l'ouverture qui autrefois a laissé passer les vaisseaux ombilicaux. Nous avons vu que cette ouverture se fermait après la cicatrisation des téguments, par suite de la fusion de la face profonde de ces derniers avec les restes des vaisseaux devenus fibreux et avec le contour de l'anneau fibreux plus ou moins resserré lui-même. Dans les trois quarts inférieurs de l'orifice les adhérences et les formations cicatricielles sont tellement résistantes, qu'une hernie s'y produirait difficilement. Mais à la partie supérieure, dans le quart supérieur à peu près, les adhérences sont beaucoup plus faibles ou manquent tout à fait entre le cordon fibreux de la veine ombilicale et le contour également fibreux de l'anneau : elles ne se sont pas établies ou se sont établies beaucoup moins solidement que dans les autres points. Un peloton cellulo-adipeux doublant le péritoine, vient, il est vrai, combler le vide; mais il n'en reste pas moins un point faible, que les efforts peuvent élargir et faire céder, surtout lorsque diverses causes, et particulièrement la grossesse, sont venues affaiblir encore le tissu fibreux de cette région.

Derrière la cicatrice ombilicale et l'éraillure persistante dont je viens de parler se trouve le péritoine, en contact assez étroit avec la partie postérieure de la ligne blanche, mais dont les adhérences ne sont pas tellement intimes qu'elles ne puissent céder facilement à une traction modérée ou à une dissection. Chez les sujets pourvus d'embonpoint, le péritoine est doublé, au voisinage de l'ombilic, d'une graisse abondante qui se continue

avec le peloton adipeux situé au-dessus de la veine, et dont la sortie constitue une hernie ombilicale graisseuse. M. Richet, à qui nous devons une excellente et très-exacte description de l'anneau ombilical (*Anat. chirurg.* p. 596), a décrit de plus, entre le péritoine pariétal et la ligne blanche, un fascia sous-péritonéal qu'il compare au *fascia transversalis,* et qu'il nomme *fascia umbilicalis.* Ce fascia présente à quelques millimètres au-dessus de l'anneau une excavation en forme de gouttière (gouttière ombilicale) que paraissent suivre les viscères avant d'arriver à l'ombilic lui-même. Quand la tumeur existe depuis un certain temps, on ne trouve plus de traces de cette gouttière, et le trajet de la hernie est constitué par un anneau fibreux, dont la partie supérieure est une dépendance des fibres aponévrotiques de la ligne blanche circonscrivant l'anneau ombilical, dont la partie inférieure est formée par le tissu fibreux accidentel développé consécutivement à la transformation fibreuse des vaisseaux ombilicaux et du tissu conjonctif qui les entourait pendant la vie intra-utérine.

D'autres fois l'ouverture traversée par les viscères n'est pas une dépendance de l'ancien anneau ombilical. C'est une de ces éraillures de la ligne blanche que laissent irrégulièrement au voisinage de l'ombilic et plutôt au-dessus qu'au-dessous, les fibres aponévrotiques de la ligne blanche. Petites à l'état normal, fermées également par de la graisse, tapissées en arrière par le péritoine qui leur adhère lâchement, ces éraillures peuvent s'agrandir sous l'influence des efforts et à la suite des grandes distensions de la paroi abdominale,

puis laisser passer une hernie. Le contour en est fibreux, mais le tissu qui le forme est naturel partout, et non accidentel par places comme celui qui circonscrit la hernie ombilicale proprement dite.

J'appelle péri-ombilicales ou sus-ombilicales, les hernies qui s'échappent ainsi à travers une éraillure anormale de la paroi abdominale. Quant à savoir quelle est la plus commune de la hernie ombilicale proprement dite ou de la hernie péri-ombilicale, je ne suis pas en mesure de répondre par des faits. A l'opinion de Richter et de Scarpa, qui avaient déclaré la première (hernie ombilicale) à peu près impossible, on peut opposer celle de MM. Cruveilhier, Després et Richet qui ont démontré son existence par des dissections irrécusables. Mais la fréquence relative de l'une et de l'autre n'a été jusqu'à présent l'objet d'aucune démonstration.

II. *Enveloppes.* — Elles sont formées par la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et le péritoine doublé chez quelques sujets d'un peloton graisseux assez considérable. Quelquefois il n'y a pas de graisse, et alors on observe une minceur très-grande des enveloppes. Le sac est d'ailleurs lui-même très-mince, parce que pour le former le péritoine a été soumis à une grande distension. Cette distension et cette minceur avaient fait croire à l'absence du sac dans cette hernie, et au passage des viscères à travers le péritoine éraillé. Mais Scarpa a victorieusement combattu par des faits cette manière de voir.

III. *Parties contenues.* — Ce qui différencie la hernie de l'adulte de celle des deux premiers âges, c'est la

présence de l'épiploon dans la tumeur. Ainsi, dans la généralité des cas la hernie est intestino-épiploïque. Quelquefois elle n'est qu'épiploïque ; rarement elle est formée par l'intestin seul.

Le colon transverse et l'intestin grêle sont les viscères que l'on trouve le plus souvent avec l'épiploon. M. Jobert (de Lamballe) a vu à l'hôpital Saint-Louis une femme portant une hernie ombilicale, dans la composition de laquelle entraient le colon lombaire droit et le duodénum. On a vu aussi l'estomac et le foie être contenus dans la poche herniaire.

Ici comme pour les hernies inguinales et crurales, la quantité d'épiploon et de viscères sortis est très-variable, et nous donne ces différences de volume qui ont tant d'importance dans la symptomatologie de la hernie réductible et dans les suites de la hernie étranglée.

Les petites hernies ombilicales sont assez rares. Les moyennes sont plus fréquentes. Les grosses sont assez communes; sans doute elles ne le sont pas autant que les moyennes, mais on les rencontre plus souvent que les grosses hernies inguinales et crurales, ce qui tient à la présence habituelle d'une grande quantité d'épiploon et peut-être à la facilité avec laquelle celui-ci augmente de volume dans le sac herniaire.

§ 2. — **Étiologie.**

Chez les adultes cette hernie est incontestablement plus rare que les inguinales et les crurales. On l'observe

beaucoup plus fréquemment chez la femme que chez l'homme.

Les causes prédisposantes anatomiques sont : 1° l'existence des points faibles que nous avons indiqués au niveau et autour de l'ombilic; 2° l'affaiblissement plus grand, soit de l'anneau ombilical, soit d'une éraillure circonvoisine, par suite de la distension de la paroi abdominale, comme celle qu'occasionnent l'ascite, la grossesse et l'embonpoint considérable auquel succède un amaigrissement rapide.

C'est surtout après plusieurs grossesses que la hernie devient apparente; il faut donc s'attendre à la rencontrer non pas chez de jeunes femmes, mais chez des femmes de trente à cinquante ans.

Le plus ordinairement, il n'y a pas de cause occasionnelle spéciale; l'anneau, une fois préparé par les causes prédisposantes, les viscères y sont poussés peu à peu par les efforts de chaque jour. La hernie ombilicale, en un mot, appartient plus souvent aux hernies de *faiblesse* qu'aux hernies de *force* de M. Malgaigne.

§ 3. — **Symptômes.**

Les signes fonctionnels ne présentent rien de particulier; cependant on trouve noté, dans les auteurs, qu'il y a souvent des coliques, et une certaine gêne de la digestion, chez les sujets affectés d'exomphales. Cela n'est vrai que chez ceux qui ont une hernie très-grosse, mais s'observe beaucoup moins lorsqu'il s'agit de hernies ombilicales moyennes ou petites.

Dans la hernie ombilicale proprement dite, le plus souvent les plis de la cicatrice ombilicale se sont effacés à la suite de la distension plus ou moins grande à laquelle ils ont été soumis. Dans la hernie péri-ombilicale, la cicatrice ne s'efface pas; tantôt elle reste à sa place, tantôt elle est rejetée du côté opposé à celui où s'est développée la tumeur.

§ 4. — **Pronostic.**

Habituellement, la hernie n'est gênante que lorsqu'elle a acquis un très-gros volume. Alors, en effet, elle est difficile à contenir, s'échappe aisément, donne lieu à des coliques, et parfois s'étrangle. Il est vrai qu'en pareil cas des adhérences finissent par s'établir entre l'épiploon et le sac, et que la hernie devient irréductible en partie, c'est-à-dire dans sa portion épiploïque, la portion intestinale pouvant encore rentrer.

Dans les autres cas, c'est-à-dire lorsque la hernie est peu volumineuse, elle n'occasionne pas d'accidents, et j'ai vu un certain nombre de femmes en porter, sans que rien les en eût averties.

§ 5. — **Traitement.**

Le bandage le plus souvent employé est analogue à celui dont j'ai parlé pour la hernie ombilicale des enfants; il consiste en une pelote ronde et large, au centre de laquelle est une demi-sphère de composition analogue à celle des autres pelotes herniaires,

et qui doit rester appliquée sur l'ouverture, en refoulant la peau vers elle. Cette plaque est unie solidement avec un ressort qui embrasse la moitié ou les deux tiers du corps ; elle est terminée par une ou deux courroies qu'on vient attacher au moyen d'un bouton sur la partie

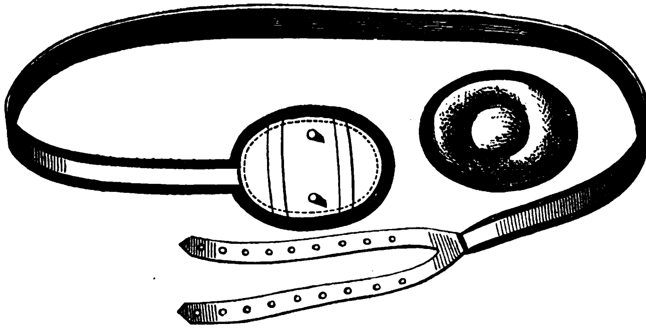


Fig. 12.

antérieure de la plaque. Dans certains bandages qui s'attachent par derrière, la pelote est unie par des articulations mobiles à deux tiges latérales semi-circulaires, qui ne s'appliquent pas sur les hanches et ne les compriment pas. Leur mobilité sur la plaque est mise en jeu dans tous les mouvements du corps, sans que celle-ci y prenne part et se déplace. Cette dernière variété, qui rappelle le bandage anglais pour les hernies de l'aîne, me paraît la meilleure ; cependant, je n'ai pas suivi un assez grand nombre de sujets pour avoir apprécié moi-même leur valeur. Je crois que les petites et les moyennes hernies sont assez facilement maintenues par tous les bandages, pourvu que ceux-ci soient bien placés et régulièrement portés. Or, j'ai vu

quelques hommes qui, sous ce rapport, montraient une grande exactitude ; mais il n'en est pas de même pour les femmes. Parmi celles que j'ai pu suivre de près, les unes plaçaient mal leur plaque, et la hernie sortait à côté ; les autres ne la mettaient pas, ou ne la mettaient que de temps en temps. Interrogées sur les motifs de cette négligence, elles m'ont répondu que, le ventre étant trop gros, la plaque s'y adaptait difficilement et se déplaçait, ce qui les faisait souffrir; ou bien que la pression nécessaire pour maintenir la hernie devant être trop forte, elles en étaient incommodées. Bref, elles ôtaient le bandage, parce qu'elles souffraient moins sans lui qu'avec lui.

Il m'est arrivé, pour quelques femmes auxquelles je ne pouvais faire supporter aucun bandage, de conseiller une ceinture de coutil ou une simple serviette, à laquelle je faisais fixer, par quelques points de suture, une boule de ouate. Cette boule était placée sur l'ouverture herniaire; la serviette ou la ceinture étaient serrées autant que possible, et le corset achevait de maintenir aussi le tout en place. Ce mode de contention est, sans doute, bien insuffisant contre les grands efforts, mais il suffit, à défaut de mieux, pour empêcher l'augmentation de volume que pourraient occasionner les efforts modérés.

Il faut donc que le praticien s'attende encore ici à quelques difficultés, provenant soit de ce que la hernie trop grosse et s'échappant par un anneau trop large est à peu près incoercible, soit de ce que le volume du ventre, la sensibilité de cette région, l'indifférence, em-

pêchent les malades de porter l'appareil qu'on leur a conseillé. Heureusement, l'étranglement de la hernie ombilicale est assez rare pour qu'on n'ait pas trop à redouter cet accident. Cependant, comme la contention exacte est le meilleur moyen de le prévenir, notre devoir est toujours de conseiller le bandage le mieux fait possible, et, s'il ne peut être toléré, la pression molle que j'indiquais tout à l'heure, pression qui, si elle ne suffit pas pour empêcher la sortie de la hernie, peut au moins arrêter son développement.

J'ajoute que dans les cas où le bandage à plaque n'est pas porté d'habitude, on doit au moins conseiller de le mettre, et de le mettre convenablement, pendant les rhumes, la toux fréquente pouvant faire augmenter le volume de la hernie, ou même devenir la cause occasionnelle de son étranglement.

ARTICLE IV.

HERNIES OMBILICALES IRRÉDUCTIBLES PAR ADHÉRENCES.

On rencontre assez souvent, plus souvent que dans les régions inguinale et crurale, des hernies ombilicales grosses et irréductibles. J'ai même dit que c'était la destinée de la plupart des grosses hernies de cette région, de devenir irréductibles. Ces hernies sont, comme je l'ai déjà indiqué plus haut, presque toujours des épiplocèles dans lesquelles l'épiploon a subi, à la suite de diverses poussées inflammatoires, les unes latentes, les autres se traduisant par quelques coliques,

l'épaississement et l'induration dont j'ai parlé à propos de l'épiplocèle en général.

Il n'est pas impossible que derrière la grosse masse épiploïque irréductible se trouve une anse intestinale réductible sortant pendant les efforts et rentrant dans la station horizontale. Cette anse peut être reconnue à l'aide du gargouillement; mais si ce signe n'est pas trouvé, on peut conserver des doutes sur l'existence de l'entérocèle concomitante.

Tant qu'il ne survient pas d'accidents, cette insuffisance de diagnostic est sans inconvénient; mais, d'un instant à l'autre, le malade peut être pris de douleurs dans la tumeur, avec coliques, nausées, et même vomissements. Pour peu qu'en même temps le malade n'ait pas été à la garderobe depuis vingt-quatre, trente-six ou quarante-huit heures, on ne sait pas s'il s'agit simplement d'une nouvelle poussée d'épiploïte, ou si, par hasard, une anse d'intestin n'est pas étranglée derrière la masse épiploïque et même par elle. Je me suis déjà expliqué sur ce genre d'accident, qu'on rencontre plus souvent dans l'exomphale que dans les autres hernies, et j'ai dit que, dans ces cas, il ne fallait admettre l'étranglement intestinal qu'après avoir fait plusieurs explorations avec les purgatifs; qu'il fallait considérer la hernie comme une épiplocèle enflammée, lorsque des garderobes avaient eu lieu, et n'admettre l'étranglement que si la constipation restait invincible par les purgatifs, et, à plus forte raison, si les vomissements fécaloïdes arrivaient. Ce genre de faits est le seul pour lequel j'admets la temporisation, parce que, d'une part,

l'étranglement intestinal assez serré pour nécessiter le débridement est rare en pareil cas, et parce que, d'autre part, l'opération sanglante, et surtout l'ouverture du sac, dans les grosses hernies, offre des dangers sérieux.

Les grosses exomphales adhérentes sont sujettes à un autre inconvénient, c'est à une ulcération superficielle de la peau amincie et distendue. Cette ulcération persiste et s'accompagne d'un érythème gênant, lorsque les malades continuent à marcher et à porter l'appareil compressif quelconque auquel ils étaient habitués depuis longtemps. Mais elle se cicatrise, lorsqu'on garde le repos et qu'on évite les frottements au moyen d'un pansement simple avec le linge troué enduit de cérat et la charpie.

Il résulte de ce qui précède, que la hernie ombilicale adhérente est une infirmité plus incommode que la hernie réductible. Nous n'avons d'ailleurs à employer contre elle qu'un traitement palliatif, consistant plutôt dans l'emploi d'une ceinture de coutil ou en tissu de caoutchouc, que dans une plaque plus ou moins résistante qui serait mal supportée.

ARTICLE V.

HERNIES OMBILICALES ÉTRANGLÉES.

L'étranglement de la hernie ombilicale est rare. J'en ai observé dix exemples, mais je mets de côté deux cas dans lesquels il s'agissait de ces hernies en grande partie épiploïques, habituellement irréductibles, dont je parlais

tout à l'heure. Dans ces deux cas, les coliques, les nausées et les vomissements qui sont survenus ont pu, conjointement avec une constipation qui n'a cédé qu'au deuxième et au troisième purgatif, m'autoriser à croire que j'avais affaire à une entérocèle modérément étranglée derrière une épiplocèle irréductible. Mais comme le fait est resté, jusqu'à un certain point, douteux, puisque l'opération n'a pas été pratiquée et que les malades ont guéri, je m'en tiens aux huit cas dans lesquels il s'agissait de hernies, les unes ombilicales, les autres sus-ombilicales, petites et moyennes, habituellement réductibles et assez tendues pour que je n'aie pas douté, en présence des signes fonctionnels et physiques dont j'étais témoin, de l'existence de l'étranglement d'une entérocèle.

Peut-être la rareté de l'étranglement ombilical doit-elle s'expliquer par ce fait que les viscères sortent par un orifice naturellement fibreux qui s'élargit et devient souple à force de laisser passer la hernie, et ne possède plus la rigidité qui serait nécessaire pour devenir un agent d'étranglement. De plus, le péritoine qui forme le sac s'allongeant et se distendant beaucoup, est sans doute moins apte à subir, au niveau du collet, la transformation qui le rend inextensible et qui détermine l'étranglement par le collet du sac.

Ici, du reste, l'agent de l'étranglement n'a pas été beaucoup étudié. Aussi il m'est encore plus impossible que pour les autres hernies de dire si c'est plus souvent le collet du sac que l'anneau fibreux qui produit la constriction. Dans le cas où ce serait un anneau

fibreux, je ne sais pas si cet anneau est constitué essentiellement par le tissu fibreux normal qui a conservé, par exception, un certain degré de rigidité, ou par un tissu fibreux de nouvelle formation, développé aux dépends du *fascia umbilicalis* de M. Richet.

Ce sujet n'a pas encore pu être étudié, précisément à cause de la rareté des cas dans lesquels on est appelé soit à opérer, soit à disséquer une exomphale étranglée.

Je n'ai rien à dire de particulier sur la symptomatologie; mais j'ai à signaler une opinion assez générale parmi les chirurgiens sur la gravité de cet étranglement. Presque tous admettent la terminaison prompte par gangrène et par la formation d'un anus contre nature, et pensent qu'après l'opération les guérisons sont très-rares.

Ici, je tiens à ce qu'on fasse une distinction entre les grosses, les moyennes et les petites hernies.

J'ai déjà dit que parmi les hernies, quelques-unes, épiploïques et irréductibles depuis longtemps, pouvaient, à la rigueur, offrir un étranglement de la petite entérocèle concomitante. Il ne faut pas comprendre ces faits dans le pronostic général de l'étranglement herniaire ombilical, parce que le plus souvent l'étranglement cesse à la suite des purgatifs et du taxis, ou même spontanément.

Il est d'autres hernies volumineuses dont l'étranglement est en effet très-grave, ce sont celles qui renferment, avec plus ou moins d'épiploon, une grande longueur d'intestin ou deux longues anses, comme j'en ai

rapporté un exemple à la Société de chirurgie en 1857. (*Bulletin*, t. VIII, p. 89.)

Quant à la gravité de l'étranglement dans les entérocèles ou entéro-épiplocèles ombilicales moyennes et petites, je ne crois pas que la proposition générale soit établie sur des faits suffisants et convenablement observés. Je tiendrais, en effet, à ce qu'on s'expliquât d'abord sur l'âge de l'étranglement dans les cas que l'on invoque pour émettre cette opinion. Il est toujours une période, dont je ne peux assigner la limite exacte parce que je n'ai pas assez d'observations, pendant laquelle l'intestin n'est encore ni perforé, ni gangrené. Or, rien ne me prouve qu'à cette période la hernie, si elle est convenablement traitée, soit plus grave que toute autre. Je la reconnaîtrais plus grave, si elle était plus rebelle au taxis fait pendant le sommeil anesthésique, mais il n'en est pas ainsi, au moins d'après les résultats de ma propre pratique. En effet, sur mes huit cas, j'en ai cinq dans lesquels j'ai fait un taxis de cinq à quinze minutes avec chloroforme, la hernie n'ayant pas encore quarante-huit heures d'étranglement. Chez ces cinq malades, la réduction a été obtenue, et ils ont guéri comme ceux auxquels j'avais réduit les hernies inguinales et crurales. Je suis donc autorisé, jusqu'à démonstration contraire, à croire que, dans les quarante-huit premières heures, l'étranglement ombilical, s'il est bien traité, n'est pas plus grave que les autres.

Maintenant est-il vrai que la perforation et la gangrène surviennent plus vite que dans les autres hernies?

Je ne saurais le dire d'après ma propre observation. Sur mes trois opérés, j'ai eu deux cas de gangrène, mais dans un d'entre eux l'étranglement datait de dix jours, et dans l'autre de huit. C'est là déjà un temps assez long.

Est-il vrai, d'autre part, que l'opération soit plus habituellement mortelle ? Mes trois seuls opérés sont morts, et j'ai vu dans la discussion qui a eu lieu à ce sujet à la Société de chirurgie, que beaucoup de nos collègues avaient été aussi mal partagés que moi. D'un autre côté, cependant, j'ai rappelé que j'avais vu opérer par M. le docteur Jacquemin une hernie ombilicale étranglée, en 1835, à la prison de la Force, et que la guérison avait eu lieu. M. Goyrand a rapporté dans cette même discussion trois cas d'opération suivis de succès.

Mais je ne veux pas qu'on juge la gravité de l'opération, ni celle de la maladie, sans dire quelle avait été la durée de l'étranglement dans les faits dont on a été témoin. J'ai pratiqué mes trois opérations au huitième, au sixième et au cinquième jour de l'étranglement, parce que je n'avais été appelé qu'à cette époque. Mais c'était agir trop tard, et peut-être ceux qui ont été frappés des cas de mort se sont-ils trouvés dans les mêmes conditions. Pour juger si l'opération est plus meurtrière que celle des autres hernies, il faudrait savoir le résultat que donneraient les opérations faites le troisième, le quatrième et même le deuxième jour, immédiatement après un taxis exécuté sans succès pendant le sommeil anesthésique. Nous ne possédons pas de document précis de ce genre.

En somme, acceptons, malgré le défaut de démonstration rigoureuse, que les lésions de l'intestin marchent vite dans la hernie ombilicale étranglée, que l'opération faite à partir du cinquième jour est rarement suivie de succès. Mais tirons-en du moins cette conclusion, qu'ici comme pour tous les autres étranglements, il n'y a pas de temps à perdre.

Le mal est-il assez récent, a-t-il moins de quarante-huit heures de date, employez le chloroforme et le taxis progressif pendant quinze, vingt ou trente minutes. La hernie résiste-t-elle, opérez tout de suite.

L'étranglement est-il plus ancien (passé cinquante heures, par exemple) et craint-on en pratiquant le taxis de rentrer une anse perforée, il faut immédiatement procéder à l'opération. Quand on aura traité vingt-cinq ou trente hernies ombilicales d'après ces préceptes, on examinera les résultats et l'on verra si en réalité l'étranglement diffère, autant qu'on l'a cru de nos jours, de celui des autres harnies.

On voit combien je suis loin de m'associer à l'opinion de M. Huguier, qui, frappé de la mortalité à la suite de l'opération, a proposé d'abandonner la maladie à elle-même, c'est-à-dire de s'exposer volontairement à la gangrène et à toutes les suites de la hernie ombilicale étranglée. Je tiens d'abord à ce qu'on enlève essentiellement à cette temporisation funeste tous les cas dans lesquels le taxis avec chloroforme peut être tenté. Quant aux autres, j'espère encore qu'on pourra sauver plus de malades avec l'opération faite de bonne heure.

En résumé, pour les grosses hernies ombilicales épi-

ploïques depuis longtemps irréductibles, pour lesquelles on a lieu de croire à l'étranglement d'une entérocèle surajoutée, il faut temporiser longtemps afin de compléter le diagnostic, et parce que la réduction sans opération est la règle.

Pour les grosses, moyennes et petites hernies qui contiennent beaucoup d'intestin, les règles générales résumées à la page 264 doivent être suivies. Il importe surtout de ne pas perdre de temps pour faire rentrer par le taxis les très-grosses entérocèles ombilicales : car l'opération, en obligeant à ouvrir largement le péritoine, me paraît devoir être plus grave dans ces cas que dans les autres.

CHAPITRE IV.

HERNIES ÉPIGASTRIQUES.

On désigne sous le nom de *hernie épigastrique* une tumeur qui s'échappe à travers une éraillure de la ligne blanche, à une certaine distance au-dessus de l'ombilic.

Ces sortes de hernies méritent, au point de vue de la pratique, une attention toute spéciale.

On les rencontre à tous les âges, et M. Malgaigne a fait remarquer que l'existence de ces tumeurs chez les très-jeunes enfants pouvait s'expliquer par suite d'une espèce de vice de conformation de la partie supérieure de la ligne blanche chez plusieurs de ces sujets. Elles sont plus fréquentes chez la femme que chez l'homme, et

surtout chez la femme qui a subi plusieurs grossesses. Elles n'existent seules que très-exceptionnellement; dans un relevé de 18 cas fait par M. Malgaigne, cet auteur a constaté 14 fois la présence simultanée de hernies inguinales, crurales ou ombilicales.

Ces hernies sont généralement remarquables par leur petit volume. Leurs enveloppes sont constituées par la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, le fascia superficialis, les vestiges sus-ombilicaux du fascia transversalis et le péritoine. Lorsque la hernie est ancienne, ces diverses couches sont intimiment unies les unes aux autres, et c'est à peine si l'on peut les isoler à la base de la tumeur. Elles contiennent quelquefois de l'épiploon, mais rarement. Pendant longtemps, sur la foi de Garengeot, on a admis que l'estomac s'y engageait souvent, mais les faits n'avaient pas donné de démonstration rigoureuse de cette proposition. M. Nélaton (*Path. chirurg.*, IV, p. 392) dit avoir observé, avec M. Desprès notamment, des faits qui ne pouvaient laisser aucun doute à ce sujet. On y a vu le côlon transverse, et c'est peut-être lui qui constitue la hernie le plus souvent; enfin quelquefois aussi l'intestin grêle contribue à sa formation.

Ces hernies donnent lieu à des coliques dans la région de l'estomac, quelquefois à des vomissements, mais surtout à des phénomènes analogues à ceux qui caractérisent les diverses formes de dyspepsie, de gastralgie. Elles s'accompagnent souvent de ces irradiations douloureuses vers la cavité abdominale et dans tout le système nerveux, que l'on rencontre dans les gastralgies.

Les malades ont quelquefois des maux de tête, ils éprouvent des douleurs en urinant ; ils ont une constipation opiniâtre ; ils s'ennuient continuellement. On observe, en un mot, cet ensemble symptomatologique connu sous le nom d'hypochondrie.

Bon nombre de ces malades sont soumis pendant longtemps aux médications internes, et lorsqu'on vient, en désespoir de cause, à s'adresser au chirurgien, celui-ci constate l'existence d'une petite tumeur facilement réductible ; et la tumeur une fois réduite et maintenue avec un bandage, tous les accidents disparaissent.

En réalité, si l'on n'avait pas vu quelques-uns de ces cas, on aurait de la peine à croire qu'une si petite lésion puisse donner lieu à des accidents aussi graves et aussi nombreux.

Le traitement se réduit à l'emploi d'un bandage analogue à celui des hernies ombilicales.

CHAPITRE V.

HERNIES OBTURATRICES.

On désigne sous le nom de *hernie obturatrice*, ou bien encore de hernie *sous-pubienne*, le déplacement des viscères abdominaux à travers le canal qui livre passage aux vaisseaux et nerfs obturateurs.

Cette affection paraît avoir été décrite, pour la première fois d'une manière complète, par Garangeot (*Mémoires de l'Académie de chirurgie*, t. Ier, p. 699,

Paris, 1787). M. Vinson, sous l'impulsion de M. Rayer, a, en 1844, soutenu sur ce sujet une thèse remarquable (*De la hernie sous-pubienne*, Paris, 1844). Nous emprunterons à ce travail les quelques indications que nous allons donner ici.

L'atrophie du tissu cellulaire qui enveloppe les vaisseaux et le nerf obturateurs, paraît jouer, selon M. Vinson, un rôle important dans la formation du sac herniaire. Cet amaigrissement, qui s'observe chez les vieillards, explique comment chez eux, sous l'influence des efforts répétés de toux, de miction, le péritoine s'engage dans le canal sous-pubien, et forme une sorte d'infundibulum, qu'on peut observer sans que nécessairement il renferme des viscères abdominaux. Cet infundibulum, qui forme le sac herniaire, présente des dimensions fort variables. Quelquefois il permet à peine l'introduction du petit doigt, tandis que chez un malade cité par Garengeot il avait 10 à 15 centimètres de longueur, et présentait une largeur notable.

Le collet du sac est en rapport, en haut et en dehors, avec la gouttière sous-pubienne revêtue de son périoste, en bas avec l'arcade fibreuse, commune au fascia pelvis et à la membrane obturatrice. Le collet du sac présente des rapports variables avec les vaisseaux obturateurs. M. Vinson a noté dans quinze cas la situation de l'artère obturatrice; dans six l'artère était située en dehors du collet, dans six en dedans; trois fois l'artère était en arrière du sac. Cette dernière indication est bien vague.

Le sac, après avoir franchi le canal sous-pubien, vient se placer le plus souvent derrière le muscle obturateur externe ; il franchit parfois ce muscle et vient occuper sa face antérieure. Parfois les muscles de la région sont écartés, et la hernie vient faire saillie sous la peau.

Les parties contenues appartiennent presque constamment à l'intestin grêle ; l'épiploon accompagne quelquefois ce dernier. La vessie a été également rencontrée dans la tumeur.

On observe cette hernie surtout chez les vieillards, et nous avons, d'après M. Vinson, donné plus haut la raison de sa fréquence relative à cet âge. Quant aux causes occasionnelles, on a lieu de croire qu'elles sont les mêmes que pour les autres hernies. On l'observe fréquemment avec d'autres hernies.

Les symptômes de la hernie obturatrice non étranglée sont bien vagues ; dans quelques cas seulement, alors qu'elle a repoussé et écarté les muscles de la partie supérieure de la cuisse, elle peut former à l'aine une tumeur située plus profondément, plus en dedans et plus en bas que la hernie crurale.

Cette hernie peut devenir le siége d'un étranglement qui entraîne à sa suite tous les accidents habituels de ce genre de lésion.

Lorsqu'il existera une tumeur nettement appréciable, on devra tenter la réduction. Celle-ci se fait assez facilement, mais on a à lutter contre la reproduction rapide de la hernie, et la grande mobilité de la cuisse sur le bassin et du bassin sur la cuisse empêche

les bandages de remplir complétement leur office.

L'opération de la hernie obturatrice étranglée n'a été faite d'une façon complète qu'une seule fois, par M. le docteur Obré (*Revue médico-chirurgicale*, 1852, t. XII, p. 300). C'est là une opération jusqu'à un certain point douteuse, à cause de la profondeur des parties sur lesquelles on est obligé d'agir ; néanmoins, en présence de la mort à peu près certaine à laquelle est voué le malade dans le cas d'étranglement de ce genre, on ne pourrait critiquer un chirurgien qui tenterait cette opération.

CHAPITRE VI.

HERNIES ISCHIATIQUES.

La science possède peu de faits de *hernie ischiatique ;* cependant l'existence de ce déplacement ne peut être niée ; il a été observé par Camper, par Jones.

La hernie se fait par la partie de l'échancrure de ce nom qui laisse passer le grand nerf sciatique ; elle passe sous le bord inférieur du muscle pyramidal.

Dans la hernie qui a été disséquée par Jones (A. Cooper, *Œuvres chirurgicales*, traduction de Chassaignac et Richelot, p. 375, observation338), le collet du sac était en rapport en arrière avec le grand nerf sciatique, l'artère et la veine hypogastriques ; l'artère obturatrice passait au-dessus et la veine obturatrice au-dessous de ce collet.

Les symptômes d'étranglement pourraient seuls dans

la plupart des cas, après que l'on aurait procédé par élimination, faire songer à l'existence d'une hernie ischiatique.

Si l'on était convaincu qu'il existât un étranglement dans le point que nous avons indiqué, faudrait-il aller faire le débridement? En présence d'une mort certaine, cette opération pourrait être tentée. Il faudrait alors fendre la fesse largement, jusqu'à l'échancrure sciatique.

DEUXIÈME DIVISION.

HERNIES A TRAVERS UNE PLAIE RÉCENTE DE LA PAROI ABDOMINALE.

On désigne sous ce nom l'issue des viscères de l'abdomen *à travers une plaie* de la paroi de cette cavité.

Dans le plus grand nombre des cas, c'est l'intestin qui vient se placer entre les lèvres de la plaie.

L'anse intestinale peut être incomplète ou complète; elle peut être ou non accompagnée d'épiploon.

1° *Il y a une anse intestinale sortie mais non ouverte*, que va-t-il arriver les jours suivants si l'on n'y prend garde?

A. L'anse intestinale peut grossir et s'allonger, parce qu'il sort une portion plus grande de l'intestin; ou bien elle peut devenir seulement plus grosse par suite de l'accumulation de gaz.

L'anse intestinale s'étant allongée ou distendue, ou bien allongée et distendue à la fois, peut être trop serrée. Alors la hernie s'étrangle, et l'on voit survenir tous les phénomènes de l'étranglement.

Puis, l'étranglement une fois produit, la gangrène d'un point de l'anse ou de toute l'anse intestinale peut survenir. Dans ce cas, la maladie se termine quelquefois par la mort, à la suite des symptômes de la péritonite, ou des phénomènes généraux de l'étranglement.

B. La hernie intestinale n'étant l'occasion d'aucun accident, le malade peut être pris d'une péritonite traumatique grave, parce qu'une anse intestinale restée dans le ventre a été blessée.

C. L'intestin n'est blessé dans aucun point; il ne survient pas de phénomènes d'étranglement, puis successivement, après dix ou douze jours, l'intestin disparaît; il se fait une *réduction spontanée progressive*.

En présence de ces phénomènes consécutifs possibles, que doit faire le chirurgien? Sa conduite doit être dirigée par la crainte des accidents les plus graves, ceux de gangrène par étranglement. Dans le but de s'opposer à cette terminaison, on exerce une traction douce sur l'intestin pour apprécier s'il existe quelque ouverture, et, si l'on n'en constate pas, on réduit le viscère.

L'intestin est trop serré, on ne peut plus réduire, que faut-il faire? Débrider et réduire.

2° Il y a hernie d'une anse intestinale, et *celle-ci est ouverte*. On voit la plaie et l'on aperçoit l'écoulement des matières intestinales, ce qui ne laisse plus de doute.

Dans ce cas encore, un étranglement peut avoir lieu

avec toutes ses conséquences. Quelquefois le malade guérit, après avoir porté pendant un certain temps une fistule stercorale ou même un anus contre nature.

Lorsqu'on est appelé auprès d'un malade avec issue et plaie de l'intestin, il faut pratiquer la suture (suture en piqué de Gély, de Nantes), puis réduire, en ayant soin de ne pas repousser trop loin l'anse intestinale. On ferme ensuite la plaie extérieure avec une suture enchevillée.

3° L'intestin se présente avec *une certaine portion d'épiploon*. L'épiploon peut être sur le côté de l'intestin et ne pas le masquer, ou bien il peut coiffer l'intestin. Dans ce dernier cas, si sur l'épiploon il existe une plaie, il est probable qu'il y a aussi une plaie de l'intestin. Il faut alors agrandir, sans aucune crainte, la plaie de l'épiploon pour examiner l'intestin, puis réduire ce dernier immédiatement s'il n'est pas blessé, et, après avoir fait la suture, s'il présente une plaie. Mais que faire de l'épiploon? Nous examinerons cette question un peu plus loin.

4° L'*épiploon seul* fait hernie à travers la plaie. Comment reconnaître que c'est l'épiploon, et qu'il n'y a que lui? Au début, on pourra constater la couleur jaunâtre de cette partie, et la présence de petits amas graisseux. Si la hernie n'est pas tout à fait récente, l'épiploon est rouge, mais il a un aspect qui n'est pas celui de l'intestin. En outre, l'intestin présente une consistance tendue, résistante, élastique; l'épiploon, au contraire, donne la sensation d'empâtement.

Mais comment savoir qu'il n'y a pas d'intestin der-

rière l'épiploon? C'est encore aux signes fournis par le toucher qu'il faut recourir. Si derrière l'épiploon se trouvait une anse intestinale, il y aurait une certaine résistance, une certaine élasticité.

Que va devenir la maladie abandonnée à elle-même? Ici nous sommes plus embarrassés, par le dire des auteurs, que nous ne l'étions pour la hernie intestinale. Les auteurs présentent, à ce sujet, des développements un peu variables, un peu bizarres.

Depuis A. Paré, on a répété volontiers cette assertion que : « quand l'épiploon restait à l'extérieur, il y avait danger pour le malade, à cause des accidents de gangrène de l'épiploon, puis, plus tard, par suite des adhérences de l'épiploon aux parois abdominales. »

Ainsi, d'après les auteurs, l'épiplocèle pourrait guérir, mais en donnant lieu à des douleurs consécutives.

Est-ce ainsi que se passent réellement les choses? Il ne le paraît pas, d'après les faits récents. Depuis 1850 il y a eu, à ce sujet, un certain nombre d'observations publiées par M. Larrey (*Mémoires de l'Académie de médecine*, t. XI); par M. Robert (*Bulletins de la Société de chirurgie*, t. Ier, p. 619 et suiv., avril 1850); par M. Jobert, de Lamballe (*Gazette des hôpitaux*, 1857, p. 322). L'observation de ces faits a, comme nous l'avons dit page 238 et suivantes, démontré à ces chirurgiens « que lorsque la maladie est abandonnée à elle-même, et que l'épiploon n'est pas réduit, la règle c'est la guérison, et la guérison sans tiraillements consécutifs. »

Dès le premier jour, l'épiploon se congestionne, de-

vient plus rouge, son aspect jaunâtre disparaît. Il augmente de volume, il s'étrangle, il devient irréductible; l'inflammation et l'étranglement peuvent même aller jusqu'à la gangrène. Dans ce cas, après l'élimination de la partie mortifiée, la plaie extérieure guérit. La portion intérieure de l'épiploon est probablement restée adhérente à la paroi abdominale.

D'autres fois, l'épiploon s'enflamme et suppure; puis, après le huitième, neuvième, dixième jour, il s'affaisse, il diminue, et alors il s'opère un retrait progressif dans le ventre de cette portion viscérale.

D'après toutes ces notions, que faut-il faire en présence d'une épiplocèle? Les anciens, jusqu'à l'Académie de chirurgie, étaient d'avis de réduire l'épiploon, mais ils avaient remarqué que cette réduction était suivie d'accidents assez graves et assez nombreux.

Plus tard, on proposa de faire la réduction, après avoir fait la ligature de l'épiploon.

Pipelet démontra à l'Académie de chirurgie que cette réduction de l'épiploon, après ligature préalable, ne mettait pas du tout à l'abri des accidents, ou même augmentait les chances de suppuration de l'épiploon.

Boyer s'est trouvé fort embarrassé pour écrire son chapitre sur la sortie de l'épiploon.

Si l'on ne réduit pas, dit-il, on a des adhérences consécutives.

Si l'on réduit après ligature, les conséquences sont graves.

Si l'on réduit sans ligature, les conséquences sont graves encore; et Boyer finit par dire : « on se conduira

suivant les circonstances, » c'est-à-dire qu'il laisse ses lecteurs dans la plus grande incertitude.

Aujourd'hui, la conduite à tenir n'est plus embarrassante.

Si l'on a une épiplocèle toute récente, peu volumineuse, on peut faire la réduction sans inconvénient, parce que l'épiploon n'est pas encore enflammé, c'est une *épiplocèle* et non une *épiploïte.*

Mais, après six, huit, dix heures, il existe déjà de la congestion et de l'inflammation de l'épiploon. Eh bien, toutes les fois qu'il y a un commencement d'épiploïte, ou même qu'il peut y avoir doute à ce sujet, après six ou sept heures à dater de l'accident, *il faut laisser l'épiploon dans la plaie et ne pas s'en inquiéter.*

TROISIÈME DIVISION.

HERNIES A TRAVERS UNE CICATRICE.

Les hernies se formant au niveau d'une cicatrice des parois abdominales ne sont pas très-rares, et leur existence nécessite, comme pour les hernies ordinaires, l'emploi d'un bandage présentant parfois quelques modifications appropriées au siége exact de la tumeur.

On peut concevoir qu'elles deviennent le siége des divers accidents auxquels sont sujettes les hernies ordinaires, tels que l'irréductibilité par exemple. Elles peu-

vent aussi s'étrangler, et l'observation suivante que j'ai recueillie en 1851 en est un exemple.

Hernie insolite étranglée, réduite par le taxis trois heures après l'étranglement. La hernie sortait par une cicatrice.

B.... (Louis), tonnelier, âgé de trente-cinq ans, est entré à l'hôpital des Cliniques le 13 janvier 1851. Il paraît assez fortement constitué. Voici ce qu'il raconte : il y a quelques années, il y a sept ans, il reçut à la partie antérieure de l'abdomen un coup d'un instrument tranchant. La blessure fut grave; des anses intestinales sortirent par l'ouverture, une péritonite se déclara. Entré à l'hôpital Saint-Antoine, on opéra la réduction et le malade put recommencer ses travaux. Mais depuis la cicatrisation de sa blessure il conserva dans ce point un peu de gonflement, une saillie qui ne disparaissait pas par la pression. On lui conseilla de porter un bandage, mais celui-ci le gênant, il porta une simple ceinture embrassant la saillie. Depuis, aucun accident n'était survenu ; pas de gêne dans la marche, aucun trouble fonctionnel. Dans la soirée du 13 janvier, après s'être senti mal à l'aise toute la journée, il resta sans appétit, n'éprouvant cependant aucune douleur au niveau de la blessure, ni aucunes coliques. Vers neuf heures, sans avoir fait le moindre effort, il ressentit une douleur vive à sa blessure; cette douleur s'irradia dans le ventre au point de l'empêcher de continuer sa marche. On l'apporta immédiatement à l'hôpital; il était alors dans un état de faiblesse extrême, sa figure dénou-

çait la plus grande anxiété, un premier vomissement se déclara. Il portait à la partie antérieure et inférieure de l'abdomen une tumeur grosse comme le poing, offrant des inégalités, des bosselures, qui semblaient répondre à des circonvolutions intestinales placées sous la peau. Elle n'était pas rénitente, ne s'affaissait pas; le pouls était petit, la face inquiète. On ne remarqua pas de hoquet, mais un second vomissement eut lieu. Si l'on saisissait la tumeur à deux mains, on trouvait que le pédicule de cette tumeur était situé en dehors du muscle droit. Le diagnostic était fixé; c'était évidemment une hernie insolite à travers la blessure ancienne. Une première tentative de réduction avait été faite par l'interne une heure auparavant et continuée dix minutes. Après avoir placé le malade dans une position telle que tous les muscles abdominaux fussent mis dans un état de relâchement complet, je procédai au taxis. Ne connaissant pas précisément la direction de la blessure, je dus me contenter de repousser la tumeur vers les parties profondes en l'embrassant entre les deux mains. Au bout de dix minutes de taxis, la tumeur s'était notablement affaissée, et le malade se trouva aussitôt dans un état de bien-être qui rendit moins graves les accidents généraux. Néanmoins la tumeur, quoique considérablement diminuée de volume, n'était pas entièrement réduite, il restait un peu de gonflement que le taxis ne pouvait pas faire disparaître. Les efforts que je fis pour arriver à ce résultat occasionnaient des douleurs assez vives; on administra du chloroforme, mais au lieu d'amener un sommeil anesthésique, celui-ci causa une agitation téta-

nique qui dura quelques minutes. Je renonçai alors à la réduction complète, et un bandage compressif fut appliqué sur la tumeur.

14 janvier. Le malade a assez bien dormi, il n'a eu ni coliques ni vomissements, il ne ressent aucune douleur au niveau de sa blessure. Une bouteille d'eau de Sedlitz administrée à quatre heures du matin a parfaitement produit son effet. Le bandage enlevé, on a [illegible]
constater qu[illegible]
niveau du c[illegible]
partie inféri[illegible]
tant des boss[illegible]
que le reste
probablemen[illegible]
longée en fo[illegible]

15 janvier. [illegible]
et ses fonctio[illegible]
pas de doule[illegible]
cienne bless[illegible]
naire. Le m[illegible]
avec un ban[illegible]
tumeur.

FIN.



NAME	DATE DUE

